



First Session  
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## **Social Affairs, Science and Technology**

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, June 8, 2005

---

**Issue No. 20**

**Twenty-ninth meeting on:**

Mental health and mental illness

---

**WITNESSES:**  
(See back cover)

Première session de la  
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## **Affaires sociales, des sciences et de la technologie**

*Président :*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le mercredi 8 juin 2005

---

**Fascicule n° 20**

**Vingt-neuvième réunion concernant :**

La santé mentale et la maladie mentale

---

**TÉMOINS :**  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

\*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

\*Membres d'office

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

VANCOUVER, Wednesday, June 8, 2005  
(37)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Mackenzie 2 room of the Fairmont Waterfront in Vancouver, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Gill, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

*Other senator present:* The Honourable Senator St. Germain, P.C. (1).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division, Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

**WITNESSES:**

*Simon Fraser University:*

Charmaine Spencer, Gerontology Research Centre and Department of Gerontology.

*Vancouver General Hospital:*

Dr. Martha Donnelly, Head, Division of Community Geriatrics.

*British Columbia Psychogeriatric Association:*

Penny MacCourt.

*Vancouver Coastal Health Association:*

Robena Sirett, Manager, Older Persons Adult Mental Health Services.

*Centre for Addiction and Mental Health:*

Jennifer Barr, Education and Publishing Consultant;

Margaret Flower, Clinical Counsellor.

*Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario:*

Suzanne Crawford, Program Manager.

*Canadian Coalition for Senior's Mental Health:*

Faith Malach, Executive Director.

**PROCÈS-VERBAL**

VANCOUVER, le mercredi 8 juin 2005  
(37)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures dans la salle Mackenzie 2 de l'hôtel Fairmont Waterfront de Vancouver, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Gill, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

*Autre sénateur présent :* L'honorable sénateur St. Germain, C.P. (1).

*Sont présents :* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des affaires politiques et sociales et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

*Sont également présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le Comité poursuit l'examen du système de santé du Canada, en particulier les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du mercredi 20 octobre 2004.)

**TÉMOINS :**

*Université Simon Fraser :*

Charmaine Spencer, Centre de recherche en gériologie et département de gériologie.

*Hôpital général de Vancouver :*

La docteure Martha Donnelly, chef, Service de gériatrie communautaire.

*Association psycho-gériatrique de la Colombie-Britannique :*

Penny MacCourt.

*Vancouver Coastal Health Association :*

Robena Sirett, gestionnaire, Older Persons Adult Mental Health Services.

*Centre de toxicomanie et de santé mentale :*

Jennifer Barr, consultante en éducation et publication;

Margaret Flower, conseillère clinicienne.

*Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario :*

Suzanne Crawford, responsable de programme.

*Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées :*

Faith Malach, directrice administrative.

*Providence Health Care:*

Dr. Elizabeth J. Drance, Geriatric Psychiatrist; Physician Program Director for Elder Care.

*Vancouver Island Health Authority:*

Ken Moselle, Manager, Performance Standards and Monitoring, Mental Health and Addiction Services.

In a round table format, each witness made a statement and a discussion followed.

At 10:30 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:45 a.m. the committee resumed its sitting.

The committee continued with its roundtable format.

At 12:22 p.m. the committee suspended its sitting for lunch.

At 1:12 p.m. the committee resumed its sitting and the discussion with the witnesses continued.

At 2:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

*ATTEST:*

*La greffière du comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Committee*

*Providence Health Care :*

La docteure Elizabeth J. Drance, gériatopsychiatre; directrice des programmes pour le soins aux aînés.

*Vancouver Island Health Authority :*

Ken Moselle, gestionnaire, Performance Standards and Monitoring, Mental Health and Addiction Services.

En table ronde, chaque témoin fait une déclaration, suivie d'une discussion.

À 10 h 30, la séance est suspendue.

À 10 h 45, la séance reprend.

La séance se poursuit sous forme de table ronde.

À 12 h 22, la séance est suspendue pour le déjeuner.

À 13 h 12, la séance reprend et la discussion se poursuit avec les témoins.

À 14 h 55, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*



**EVIDENCE**

VANCOUVER, Wednesday, June 8, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

**The Chairman:** Let me begin by thanking our witnesses for coming today. We would like to pick your brains on the key things we ought to recommend in our report, which is why the letter to you talked about the fact that we are interested in focusing on actions that can be taken and things that we ought to recommend with respect to the mental health of seniors.

The Senate social affairs committee has been conducting hearings across the country, but we are doing four special one-day pieces, of which this is one. We held one special hearing already on children's mental health. We will do this one on seniors' mental health. It is not that we have not had other comments on seniors' mental health, but we wanted to concentrate on a single topic. In addition, we will do one on addiction and one on mental health in the workplace. Each of those four one-day topics will be a separate chapter in the report. We are running a little late in terms of when we will actually issue the report. Realistically, it is more likely to be the first week of January rather than the last week of November. That general time-frame is still our target, assuming that at some point the government does not fall and we are temporarily put out of existence. If there is an election, the committee cannot hold hearings, but committee members can have meetings informally among themselves. One reason we have rushed to get all the public hearings done is that if the House of Commons makes our life complicated, we will continue to work in any event.

We appreciate all of you taking the time to today to talk to us about mental health for seniors. I suggest first we go round the table and everybody say a sentence as to who they are so we have in our mind people's connections. Then I will ask each of our outside guests to take four or five minutes and tell us what they think our top two, three or four recommendations should be. Then we will simply have a discussion.

I will start off. I am Mike Kirby, chair of the committee.

**Senator Pépin:** I am Lucie Pépin, a senator from Shawinigan. My background is nursing.

**TÉMOIGNAGE**

VANCOUVER, le mercredi 8 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner les enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Laissez-moi commencer par remercier nos témoins d'être venus aujourd'hui. Nous avons besoin de vos lumières pour cerner les éléments clés que nous devrions recommander dans notre rapport, et c'est la raison pour laquelle la lettre que vous avez reçue mentionne que nous sommes intéressés à mettre l'accent sur les mesures qui peuvent être prises et sur les choses que nous devrions recommander au chapitre de la santé mentale des aînés.

Le Comité sénatorial des affaires sociales tient des audiences partout au pays, mais nous avons prévu quatre séances spéciales d'un jour, dont celle d'aujourd'hui fait partie. Nous avons déjà tenu une séance spéciale sur la santé mentale des enfants. Celle d'aujourd'hui portera sur la santé mentale des aînés. Ce n'est pas que nous n'ayons pas entendu d'autres commentaires concernant la santé mentale des aînés, mais nous tenions à nous concentrer sur un seul sujet. De plus, nous en tiendrons une sur la toxicomanie, et une autre sur la santé mentale en milieu de travail. Chacun de ces quatre sujets d'un jour fera l'objet d'un chapitre distinct dans le rapport. Nous accusons un léger retard pour ce qui est du moment auquel nous allons déposer le rapport. De façon réaliste, il est plus probable que ce soit au cours de la première semaine de janvier qu'à la dernière de novembre. Cet échéancier général est toutefois maintenu, à condition que le gouvernement ne tombe pas à un moment donné, et que notre Comité soit temporairement dissous. S'il y a une élection, le Comité ne pourra tenir d'audiences, mais les membres du Comité peuvent se réunir de façon officieuse. L'une des raisons pour lesquelles nous nous sommes empressés de tenir toutes les audiences publiques, c'est que nous comptons poursuivre nos travaux, même si la Chambre des communes nous complique la vie.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de venir nous voir aujourd'hui pour nous parler de santé mentale chez les aînés. Je suggère tout d'abord que nous fassions un tour de table, et que tout le monde prononce quelques mots pour se présenter, afin que nous ayons une idée qui fait quoi. Ensuite, j'inviterai chacun de nos invités à prendre quatre ou cinq minutes pour nous dire quelles devraient être nos deux, trois ou quatre principales recommandations. Pour terminer, nous tiendrons tout simplement une discussion sur la question.

Je commence, je m'appelle Mike Kirby, je suis président du Comité.

**Le sénateur Pépin :** Je m'appelle Lucie Pépin, un sénateur de Shawinigan. J'ai travaillé dans le domaine des soins infirmiers.



**Ms. Robena Sirett, Manager, Older Persons Adult Mental Health Services, Vancouver Coastal Health Association:** I am Robena Sirett, the manager of Older Adult Mental Health Services for the Vancouver community.

**Senator Cook:** I am Senator Joan Cook from the other side of the country, Newfoundland.

**Ms. Jennifer Barr, Education and Publishing Consultant, Centre for Addiction and Mental Health:** I am Jennifer Barr from the Centre for Addiction and Mental Health in Ontario.

**Senator St. Germain:** Hello, I am Senator St. Germain. I am a senator here from British Columbia, former Vancouver City policeman, and fighter pilot in the air force, but I now work with these great people. They are all from the East, I see. We have even our Montreal cowboy over here, my good friend, Senator Gill.

**Mr. Ken Moselle, Manager, Performance Standards and Monitoring, Mental Health and Addictions Services, Vancouver Island Health Authority:** Good morning. I am Dr. Ken Moselle, Manager, Performance Monitoring and Standards Mental Health and Addictions, Vancouver Island Health Authority. I am a clinical psychologist by background and training, the "numbers guy."

**Ms. Charmaine Spencer, Gerontology Research Centre and Department of Gerontology, Simon Fraser University:** Good morning, I am Charmaine Spencer with the Gerontology Research Centre at Simon Fraser University. I am a gerontologist working with vulnerable populations.

**Ms. Faith Malach, Executive Director, Canadian Coalition for Seniors' Mental Health:** Good morning. My name is Faith Malach, and I am the Executive Director of the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. My background is social work and health administration.

**Dr. Martha Donnelly, Head, Division of Community Geriatrics, Vancouver General Hospital:** Good morning. My name is Dr. Martha Donnelly. I am an academic at UBC. I am Director of the Division of Community Geriatrics for Family Practice at UBC, as well as the Director of the Division of Geriatric Psychiatry at UBC. I am also a geriatric psychiatrist, and work clinically on an interdisciplinary team at Vancouver General Hospital in geriatric psychiatry.

**Ms. Penny MacCourt, British Columbia Psychogeriatric Association:** Hi, I am Penny MacCourt. I am here representing the British Columbia Psychogeriatric Association and the Seniors Psychosocial Interest Group, which is a national organization. I am also representing the Centre on Aging at the University of Victoria, where I am a research affiliate and have a post doctoral fellowship. My area of interest is seniors mental health, and has been for years. I am really excited to be here and look forward to being able to contribute.

**Mme Robena Sirett, gestionnaire, Older Persons Adult Mental Health Services, Vancouver Coastal Health Association :** Je m'appelle Robena Sirett, je suis gestionnaire des Older Adult Mental Health Services pour la collectivité de Vancouver.

**Le sénateur Cook :** Je suis le sénateur Joan Cook, de l'autre côté du pays, Terre-Neuve.

**Mme Jennifer Barr, consultante en éducation et publication, Centre de toxicomanie et de santé mentale :** Je suis Jennifer Barr, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, en Ontario.

**Le sénateur St. Germain :** Bonjour, je suis le sénateur St. Germain. Je suis un sénateur de la Colombie-Britannique, ex-policier de la Ville de Vancouver, et pilote de chasse dans les forces aériennes, mais je travaille maintenant avec ces gens fantastiques. Ils sont tous de l'Est, je vois. Nous avons même notre cowboy de Montréal, ici, mon bon ami, le sénateur Gill.

**M. Ken Moselle, gestionnaire, Performance Standards and Monitoring, Mental Health and Addiction Services, Vancouver Island Health Authority :** Bonjour, je suis Ken Moselle, gestionnaire, contrôle et normes de rendement, santé mentale et toxicomanie, Vancouver Island Health Authority. Je suis un psychologue clinicien de formation et j'ai travaillé dans le domaine; maintenant, je suis celui qui s'occupe des chiffres.

**Mme Charmaine Spencer, Centre de recherche en gérontologie et département de gérontologie, Université Simon Fraser :** Bonjour, je suis Charmaine Spencer, du Gerontology Research Centre de l'Université Simon Fraser. Je suis gérontologue, et je travaille auprès des populations vulnérables.

**Mme Faith Malach, directrice administrative, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées :** Bonjour. Je m'appelle Faith Malach, et je suis directrice administrative de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. J'ai de l'expérience dans le domaine du travail social et de l'administration de la santé.

**La docteure Martha Donnelly, chef, Service de gériatrie communautaire, Hôpital général de Vancouver :** Bonjour. Je suis la Dre Martha Donnelly. Je suis chercheuse à l'UBC. Je suis directrice de la Division of Community Geriatrics for Family Practice de l'UBC et directrice de la Division of Geriatric Psychiatry à l'UBC. Je suis également gériatropsychiatre, et je fais du travail clinique dans le domaine de la gériatropsychiatrie, au sein d'une équipe interdisciplinaire à l'hôpital général de Vancouver.

**Mme Penny MacCourt, Association psycho-gériatrique de la Colombie-Britannique :** Bonjour, je suis Penny MacCourt. Je suis ici à titre de représentante de la British Columbia Psychogeriatric Association et du Seniors Psychosocial Interest Group, qui est un organisme national. Je représente également le Centre on Aging de l'Université de Victoria, où j'effectue un stage de recherche, et je suis titulaire d'une bourse de recherche postdoctorale. Je m'intéresse à la santé mentale des aînés depuis plusieurs années. Je suis très heureuse d'être ici, et j'ai hâte de contribuer à vos travaux.



**Senator Gill:** Aurélien Gill from Quebec, Lac St. Jean, Saguenay, north of Quebec City 200 kilometres, not very far from Montreal and Shawinigan, and very far from Vancouver, B.C. I used to be involved in the Aboriginal world. They call me sometimes Indian with blue eyes. All my life I have been involved in the Aboriginal world, so I am part of the problem. I am trying to be part of the solution.

**The Chairman:** Senator Gill understates it. He lives on a reserve, and he was at one point chief of his band.

**Senator Trenholme Counsell:** My name is Marilyn Trenholme Counsell. I started out in life as a nutritionist and became a family physician.

**The Chairman:** She is also a former lieutenant-governor of New Brunswick.

**Ms. Margaret Flower, Clinical Counsellor, Centre for Addiction and Mental Health:** My name is Margaret Flower. I am a clinical coordinator in the field of geriatrics at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto. My background is nursing and social work.

**Senator Callbeck:** I am Catherine Callbeck from that beautiful province of Prince Edward Island. My background is in business, teaching and government.

**Ms. Suzanne Crawford, Program Manager, Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario:** Good morning. My name is Suzanne Crawford, and I am here representing the Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario, plus Leap of Faith Together, LOFT, Community Services. LOFT Community Services provides housing, outreach and support to older adults and seniors in Toronto suffering from mental illness and addictions. It is our passion in regards to supportive housing for those that are the most marginalized within our community.

**The Chairman:** Thank you very much.

Ms. Sirett, let us begin with you and we will go around the table. Take four or five minutes and tell us, if you could write our recommendations on seniors mental health, what would you tell us to do.

**Ms. Sirett:** Thank you very much. I have given you a handout to speak to my three big points. I hope everybody has one. It is a two-page document with Vancouver Coastal Health in the top left.

Basically my key points follow. First, is recognition that seniors who have mental illness and/or addictions often have multiple complex social and medical problems. I know that is obvious to us here. I think the key point that comes from that is that when we do our planning, whether it be for an individual, a systems level, or for a program that we need to work across the silos of mental health — addiction, medicine, and geriatric medicine — I think we can break down the silos if we are all in the

**Le sénateur Gill :** Aurélien Gill, du Québec, Lac Saint-Jean, Saguenay, 200 kilomètres au nord de la ville de Québec, pas très loin de Montréal et de Shawinigan, et très loin de Vancouver. Autrefois, je travaillais dans le monde des Autochtones. Ils m'appelaient parfois l'Indien aux yeux bleus. Toute ma vie, j'ai évolué dans le monde des Autochtones, alors je fais partie du problème. J'essaie de faire partie de la solution.

**Le président :** Le sénateur Gill minimise son rôle. Il vit dans une réserve, et il a déjà été chef de sa bande.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je m'appelle Marilyn Trenholme Counsell. J'ai commencé ma carrière comme nutritionniste, et je suis devenue médecin de famille.

**Le président :** Elle a également été lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick.

**Mme Margaret Flower, conseillère clinicienne, Centre de toxicomanie et de santé mentale :** Je m'appelle Margaret Flower. Je suis coordonnatrice clinique dans le domaine de la gériatrie au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto. J'ai de l'expérience dans les domaines des soins infirmiers et du travail social.

**Le sénateur Callbeck :** Je suis Catherine Callbeck, et je viens de cette belle province de l'Île-du-Prince-Édouard. Mes compétences sont dans le domaine des affaires, de l'enseignement et du gouvernement.

**Mme Suzanne Crawford, responsable de programme, Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario :** Bonjour. Je m'appelle Suzanne Crawford, et je suis ici à titre de représentante de l'Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario, et de Leap of Faith Together, ou LOFT, Community Services. LOFT Community Services dispense des services de logement, d'approche et de soutien aux personnes âgées et aux aînés torontois qui souffrent de maladie mentale et sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Nous nous consacrons à loger et à soutenir les personnes les plus marginalisées de notre collectivité.

**Le président :** Merci beaucoup.

Madame Sirett, nous commencerons avec vous, et nous ferons le tour de la table. Prenez quatre ou cinq minutes pour décrire ce que vous nous diriez de faire si vous pouviez rédiger nos recommandations en matière de santé mentale pour les aînés.

**Mme Sirett :** Merci beaucoup. Je vous ai fourni un document qui décrit mes trois grands points. J'espère que tout le monde en a eu un. Il s'agit du document de deux pages où vous pouvez lire « Vancouver Coastal Health » dans le coin supérieur gauche.

Essentiellement, mes principaux points sont les suivants. Premièrement, il faut reconnaître que les aînés qui souffrent de maladie mentale ou qui sont toxicomanes sont bien souvent aux prises avec de nombreux problèmes sociaux et médicaux. Je sais que c'est une évidence pour vous tous. Je crois que le principal élément qui ressort de cela, c'est que, au moment d'effectuer notre planification, que ce soit pour une personne, à l'échelon des systèmes, ou pour un programme, nous devons travailler à



same room talking together; that is a major point. I have listed some small examples of things that I think can come from that.

One thing that we need is research benchmarks and planning tools that include seniors with these multiple complex problems. As I try to research best practice, as I try to research benchmarks, it is easy to find ones for seniors; it is easier to find ones for people with addictions and mental health needs. The people that I serve, probably most of us serve here, are by definition the complex individual, and it is harder to get the information that we need there. I need help in that area. Translation of research into the best practices for the Canadian context is really important. Lots of work has been done in the United States, the UK, Australia and New Zealand that is very valuable. I need some help translating that into our context here.

In terms of practical things, a national home care strategy is something that I have certainly heard about. One of the key things about any home care strategy is that we need to acknowledge that the social isolation and mental health issues impact people in their day-to-day functioning. If a home care strategy does not take that into account, we are not serving our population. One of the challenges in British Columbia over the past few years as our home care program has tightened up, is that it has been harder to get services for people that need a companion — someone to go with them to the store, not because they physically need the help, but because of their mental illness, they are not able to do that, or to access other services. There needs to be a lot of flexibility in whatever programs we come up with. I support the initiatives around the primary health care system. We need to look at physician payment models that allow primary-care physicians to spend adequate time with people.

A second primary-care area that I would like us to look at is strategies for eliminating the stigma of the double-whammy of a mental illness and aging. Both are very powerful stigmas, and together they influence the care that people seek and receive. There are suggestions in here, particularly for help in strategies for early detection of depression, dementia and substance use. I think that takes a public awareness campaign. I think that takes help for the primary-care system.

One thing I think is important that I know you have heard about when you speak to the younger adult population with mental illness in their families is their vision of recovery for people with mental illness. That is harder to define when people have

éliminer le cloisonnement dans le domaine de la santé mentale — toxicomanie, médecine et gériatrie — je crois que nous pouvons éliminer le cloisonnement si nous nous réunissons tous dans la même salle; c'est un point important. J'ai fourni brièvement quelques exemples de choses qui, selon moi, pourraient ressortir de cela.

Nous avons besoin de repères pour la recherche et d'outils de planification qui intègrent les aînés aux prises avec ces problèmes multiples et complexes. J'essaie de cerner des pratiques exemplaires, et j'essaie d'effectuer des recherches relatives aux repères, c'est facile d'en trouver pour les aînés; c'est facile d'en trouver pour les gens qui ont besoin de services relatifs à la toxicomanie et à la santé mentale. Les gens que je sers — et que vous servez tous, probablement — sont de nature complexe, et il est plus difficile d'obtenir l'information dont nous avons besoin à cet égard. Nous avons besoin d'aide dans ce domaine. Il importe vraiment d'appliquer au contexte canadien la recherche sur les pratiques exemplaires. De nombreuses études intéressantes ont été menées aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande. J'ai besoin qu'on m'aide à appliquer ces recherches à notre contexte.

Pour ce qui est de choses plus pratiques, j'ai certes entendu parler d'une stratégie nationale relative aux soins à domicile. L'un des principes de toute stratégie sur les soins à domicile, c'est que nous devons reconnaître que l'isolement social et les problèmes de santé mentale influent sur le fonctionnement des gens au quotidien. Si une stratégie sur les soins à domicile ne tient pas compte de cela, nous ne servons pas notre population. L'un des défis que nous avons pu relever en Colombie-Britannique au cours des dernières années concerne le fait que, depuis le resserrement du programme de soins à domicile, il est plus difficile d'obtenir des services pour les gens qui ont besoin d'accompagnement — quelqu'un qui irait au magasin avec eux, non pas parce qu'ils ont besoin d'aide pour se déplacer physiquement, mais bien à cause de leur maladie mentale, parce qu'ils ne sont pas capables de faire cela, ou d'accéder à d'autres services. Il faut que les programmes que nous concevons soient très souples. J'appuie les initiatives touchant le système de soins de santé primaires. Nous devons envisager des modèles de rémunération des médecins qui permettent aux médecins de premier recours de passer suffisamment de temps avec leurs patients.

Un deuxième aspect des soins primaires que j'aimerais qu'on envisage est l'adoption de stratégies pour éliminer la double stigmatisation de la maladie mentale et du vieillissement. Ce sont deux sources de stigmatisation très puissantes, et, ensemble, elles peuvent influencer sur les soins que les gens demandent et reçoivent. Il y a des suggestions là-dedans, en particulier à l'égard de l'aide relative aux stratégies de dépistage précoce de la dépression, de la démence et de la toxicomanie. Je crois qu'il faut lancer une campagne de sensibilisation du public. Je crois qu'il faut aider le système de soins primaires.

Une chose qui, selon moi, est importante — et je sais que vous en avez entendu parler — concerne la vision des adultes plus jeunes en ce qui concerne le rétablissement de membres de leur famille souffrant d'une maladie mentale. C'est plus difficile à



severe dementia. I know people here can describe it in different ways. However, it really is having a system that allows people to get into as normal activities as possible for whatever is age appropriate; living out roles that are meaningful for them.

The report talked about support for the elderly parents of people that are caring for people with mental illness. I have a lot of concerns for the baby boomers that have had a life-long illness and probably have been institutionalized. Our medications were not as good for them in their early years, and there will be a crisis in housing and programs for that group.

Finally, and I do not have a lot of information here, but support is important for the caregivers and looking at innovative ways for caring for the elderly, whether it be in the workplace or in the support networks. The work of the Alzheimer Society of Canada, for example, is very good, and we need to be able to support that. We need involvement of families and friends in systems planning for the elderly as well, and recognition of the costs of caring for seniors in their home. I know there is a large movement in the younger adult group.

My three big themes are: the complex needs of the population we are trying to serve; the stigma of working with people with mental illness or the stigma for people that have a mental illness and who are aging; and then solutions for families and other caregivers.

**The Chairman:** Before we move on, I would ask Dr. Drance to introduce herself.

**Dr. Elizabeth J. Drance, Geriatric Psychiatrist; Physician Program Director for Elder Care, Providence Health Care:** Good morning. My name is Elizabeth Drance. I am a geriatric psychiatrist at Providence Health Care, and the Physician Program Director for Elder Care at Providence Health Care.

**Ms. Barr:** I would like to begin first by complimenting you, Senator Kirby, and the committee for the work that they have done to date. I have found the reports to be very comprehensive, while at the same time recognizing and acknowledging that you are only skimming the surface of this topic. It is gratifying to be here and to know that you are willing to look at seniors as a special population. I have four points I would like to make.

One is that I come from the Centre for Addiction and Mental Health. Ms. Flower and I are both here from Ontario. Ms. Flower works in the clinical area and she will speak to that. I work in a community department. Our focus is on knowledge exchange. I have worked in the field for many years now, and I am going to speak to that. My first over-arching comment is that addictions are easily lost as a subset to mental health, which is not to say that we should keep it separate. We absolutely have to integrate these two fields. You have recognized that in some of your recommendations, and there are many overlaps. A lot of what

définir quand il est question d'une personne souffrant de démence grave. Je sais que les gens ici peuvent décrire cela de diverses façons. Toutefois, il s'agit vraiment de se doter d'un système qui permet aux gens de s'adonner le plus possible à des activités normales pour leur âge; d'assumer un rôle qui est valable pour eux.

Le rapport parlait de soutien pour les parents âgés de gens qui prennent soin de personnes souffrant d'une maladie mentale. Je suis très préoccupée par les *baby boomers* qui ont souffert d'une certaine maladie pendant toute leur vie, et qui ont probablement été placés en établissement. Nos médicaments n'étaient pas aussi bons pour eux au cours des premières années, et il y aura une pénurie de logements et de programmes pour ce groupe.

Enfin, je n'ai pas beaucoup d'information sur le sujet, mais il importe de soutenir les fournisseurs de soins et de chercher des moyens novateurs de prendre soin des aînés, que ce soit en milieu de travail ou dans les réseaux de soutien. La Société Alzheimer du Canada, par exemple, fait de l'excellent travail à cet égard, et nous devons soutenir ce genre de chose. Il faut que parents et amis participent également à la planification des systèmes pour les aînés, et nous devons reconnaître le coût des soins aux aînés dans leur domicile. Je sais qu'il y a un important mouvement chez les plus jeunes.

Mes trois grands thèmes sont les suivants : les besoins complexes de la population que nous essayons de servir; la stigmatisation liée au fait de travailler avec des personnes souffrant de maladie mentale, ou la stigmatisation des gens qui souffrent d'une maladie mentale ou qui atteignent le troisième âge; et des solutions pour les familles et les autres fournisseurs de soins.

**Le président :** Avant de poursuivre, j'invite la Dre Drance à se présenter.

**La docteure Elizabeth J. Drance, gériopsychiatre; directrice des programmes pour les soins aux aînés, Providence Health Care :** Bonjour. Je m'appelle Elizabeth Drance. Je suis gériopsychiatre à Providence Health Care, et directrice des programmes administrés par les médecins pour les soins aux aînés à Providence Health Care.

**Mme Barr :** J'aimerais commencer par vous féliciter, sénateur Kirby, ainsi que les membres du Comité, du travail que vous avez fait jusqu'à maintenant. J'ai trouvé que les rapports étaient très fouillés, même si, en même temps, vous reconnaissez que vous ne faites que demeurer en surface. C'est gratifiant de venir ici et de savoir que vous êtes disposé à envisager les aînés comme une population spéciale. J'ai quatre points que j'aimerais soulever.

Le premier, c'est que je représente le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Mme Flower et moi-même venons toutes deux de l'Ontario. Mme Flower travaille dans le domaine clinique, et elle vous en parlera plus tard. Je travaille au sein d'un service communautaire. Nous mettons l'accent sur la mise en commun des connaissances. Je travaille dans le domaine depuis de nombreuses années déjà, et c'est de cela que je vais vous parler. Mon premier commentaire — et il est très important — c'est qu'on perd facilement de vue la toxicomanie lorsqu'elle est une sous-catégorie de la santé mentale, mais cela ne veut pas dire



we will say today applies to both fields. There is a great deal of congruence. However, discrete areas, and areas in the addiction area need to be served with specialty services, which, of course, I am sure you have heard hundreds of times, is lacking in terms of support across the country.

The second point is that seniors are a distinct group. They deserve strategies, programs and policies that address their particular issues, as other groups need idiosyncratic programming across the lifespan. We cannot paint everybody with the same brush. Older adults are notoriously under-diagnosed in terms of addiction problems. They are under-recognized. They are under-identified. They are under-reported. They are under-referred. When it comes to the addiction system in Ontario — and I understand that mental health system — they are under-represented in that system. This is not to say that older adults do not have addiction problems. They very much do. We know some of the reasons for this under-recognition that has been called the hidden problem. One reason is that some of the symptoms can be confused with other symptoms sometimes called typical symptoms of aging. Another is that there is a generational stigma; a greater sense of shame for older people if they have personal problems such as addiction or mental health as well. The other is this: the why-bother attitude. If a person drinks too much, you hear family, friends, or service providers say, “They have earned that right and it is okay.” We, as a society are not making the connection to their quality of life and their deserving a better quality of life, and how misuse can impede that. When it comes to programming, if a senior manages to be referred to an addiction treatment program, they are unfortunately, more than likely, to be ill-served in that program. All of that to say, we need specialized programs. In fact, we have had research over many years that shows what works best with this population, and we need to get that into the formalized system of care.

That brings me to my third point, which is what I call a failure of knowledge exchange. This is the job that I do in communities. We have a wonderful role. You might consider that role as far as knowledge exchange goes, or knowledge translation, as you refer to it in your material. My job literally is to bring evidence-based programs, products and services to communities across Ontario. I can say, and I almost take it personally, that we have failed in the area of older adults, and addictions, in particular. I expect it is the same in mental health. We have best practices. These were published by Health Canada in 2002, I think. These best practices in terms of providing addiction services for older adults, and Ms. Flower will speak to the elements of this, have been evaluated

qu’elles devraient être distinctes. Nous devons absolument intégrer ces deux domaines. Vous avez reconnu cela dans certaines de vos recommandations, et il y a de nombreux chevauchements. Nombre de choses que nous allons dire aujourd’hui s’appliquent aux deux domaines. Il y a énormément de congruence. Toutefois, des domaines distincts ainsi que certains domaines liés à la toxicomanie doivent faire l’objet de services spécialisés, et, bien sûr, je suis certaine qu’on vous a déjà dit cela cent fois, il y a des lacunes à l’égard de ce genre de soutien à l’échelle du pays.

Le deuxième point, c’est que les aînés sont un groupe distinct. Ils méritent qu’on élabore des stratégies, des programmes et des politiques adaptés aux enjeux qui les intéressent, tout comme d’autres groupes ont besoin de programmes adaptés, à toutes les étapes de la vie. On ne peut pas servir tout le monde de la même façon. Les personnes âgées, c’est bien connu, sont sous-diagnostiquées, pour ce qui est des problèmes de toxicomanie. On ne les reconnaît pas assez. On ne les repère pas assez. On ne les signale pas assez. On ne les renvoie pas assez. Quand il est question du système de services aux toxicomanes en Ontario — et je crois savoir que dans le système de soins de santé mentale — ils sont sous-représentés dans ce système. Ce n’est pas pour dire que des personnes âgées n’ont pas de problèmes de toxicomanie. Ils en ont. Nous connaissons certaines des raisons de cette sous-reconnaissance qu’on appelle le problème caché. Une des raisons, c’est que certains des symptômes sont comparables à d’autres symptômes couramment liés au vieillissement. Une autre raison tient à une stigmatisation générationnelle; un sentiment de honte accrue pour les aînés aux prises avec des problèmes personnels, comme la toxicomanie ou la maladie mentale. Et il y a aussi cette attitude selon laquelle une intervention ne vaut pas la peine. Si une personne boit trop, on entend les membres de la famille, les amis ou les fournisseurs de services dire : « Cette personne a gagné le droit de boire, et c’est correct. » Notre société ne fait pas le lien entre la qualité de vie de cette personne, du fait qu’elle mérite une meilleure qualité de vie, et la façon dont la consommation abusive peut miner cette qualité de vie. Et pour ce qui est des programmes, si un aîné réussit à être aiguillé vers un programme de traitement de la toxicomanie, il est malheureusement plus que susceptible d’être mal servi par ce programme. Tout cela pour dire que nous avons besoin de programmes spécialisés. De fait, on a mené des recherches, sur de nombreuses années, qui montrent quelles méthodes sont les plus efficaces auprès de cette population, et nous devons les intégrer au système de soins officiel.

J’en suis donc à mon troisième point, ce que j’appellerais l’échec de la mise en commun des connaissances. C’est le travail que je fais au sein des collectivités. Nous avons un rôle merveilleux. Vous voudrez peut-être envisager ce rôle sous l’angle de la mise en commun des connaissances ou, comme vous dites dans votre documentation, du transfert des connaissances. Mon travail consiste à fournir aux collectivités de partout en Ontario des produits et services et des programmes fondés sur les résultats. Je peux dire que nous avons échoué pour ce qui est des personnes âgées et, en particulier, de la toxicomanie, et j’en fais presque une affaire personnelle. Je suppose que c’est la même chose dans le domaine de la santé mentale. Nous avons des



over the last two decades. In your report, you refer to a 20-year time span for knowledge reaching the people that most need it. This is a perfect example. Programs have been shown to be successful with older adults in treating addictions, and yet it is widely unknown in the mental health and addiction system. We need to provide gerontology information to mental health and addiction providers. We need to provide mental health and addiction information to gerontology providers. That is putting it very simply. Of course, all this material has to be targeted to the individual setting. Again, it has to be particular to the individuals involved and their particular roles that they play. In terms of knowledge exchange, it has to be complemented by broad public awareness campaigns, and peer and consumer support.

That point leads to the next point, which is, I will say briefly, similar to your recommendation around school-based programming for young people where you want to provide programs that are easily accessible, for example, having an addiction counsellor or a mental health support group in a school setting. Similarly, because older adults are, for a number of reasons, not as likely to reach a treatment service, we need to provide the addiction and mental health services where older adults are found, in all that variety of settings.

All this information points to a need for the national strategy that you are working towards. I support your recommendation wholeheartedly to work from a national level to provide the kind of over-arching vision for all these needs that we will identify today.

**The Chairman:** Thank you very much, Jennifer Barr. Ken?

**Mr. Moselle:** Thank you for inviting me to the table. I had come today planning to observe and report back to my associates. I had not prepared anything formally. However, I am here this morning because I have given the matters at hand a fair amount of thought, and I expect I can find something to say. My presentation will be somewhat disjointed. I have a background in emergency response so I am supposed to be good in this kind of situation. We will see how it goes. I also have the advantage of being one of the first speakers, so I will not have to repeat what several other people have said. I do not want to get too involved in commenting on what other people have said. However, something to note first because I think it is so important, is the ad hoc arrangement of service silos within health care systems. So far as I can tell, it is purely historical artifact of the way smaller service units have come together into health authorities and other

pratiques exemplaires. Elles ont été publiées par Santé Canada en 2002, je crois. Ces pratiques exemplaires relatives à la prestation de services aux aînés toxicomanes — et Mme Flower abordera cette question plus en détail — ont été évaluées au cours des 20 dernières années. Dans votre rapport, vous parlez d'une période de 20 ans pour que les connaissances atteignent les gens qui en ont le plus besoin. C'est la parfaite illustration de ce phénomène. On a démontré l'efficacité de certains programmes de traitement de la toxicomanie chez les aînés, et pourtant, peu d'intervenants dans le système de santé mentale et de traitement de la toxicomanie sont au courant de cela. Nous devons diffuser l'information sur la gérontologie aux fournisseurs de services liés aux maladies mentales et à la toxicomanie. Nous devons diffuser l'information sur les maladies mentales et la toxicomanie aux fournisseurs de services gérontologiques. Évidemment, je présente cela de façon un peu simpliste. Bien sûr, toute cette documentation doit être adaptée au public visé. Encore une fois, elle doit être destinée aux personnes concernées et au rôle particulier qu'elles jouent. Pour ce qui est de la mise en commun des connaissances, elle doit être accompagnée de campagnes étendues de sensibilisation du public, d'entraide et de soutien aux bénéficiaires.

Et cela m'amène au point suivant, c'est-à-dire, je vous le décris brièvement, quelque chose qui s'assimile à votre recommandation relative à des programmes en milieu scolaire pour les jeunes, où vous voulez offrir des programmes qui sont facilement accessibles, par exemple, le fait d'affecter un conseiller en toxicomanie ou d'établir un groupe de soutien en santé mentale dans le milieu scolaire. Parallèlement, puisque les personnes âgées sont, pour un certain nombre de raisons, moins susceptibles de se rendre dans un établissement où le traitement est offert, nous devons dispenser les services relatifs à la toxicomanie et à la santé mentale là où se trouvent les personnes âgées, dans une diversité de contextes.

Toute cette information met en relief le besoin d'adopter la stratégie nationale vers laquelle vous tendez. J'appuie sans réserve votre recommandation selon laquelle nous devrions travailler à l'échelon national en vue de procurer une sorte de vision globale à l'égard de tous les besoins que nous allons cerner aujourd'hui.

**Le président :** Merci beaucoup, Jennifer Barr. Ken?

**M. Moselle :** Merci de m'avoir invité. Je comptais venir aujourd'hui à titre d'observateur, et rendre compte de l'audience à mes collègues. Je n'avais rien préparé d'officiel. Toutefois, je suis présent ce matin parce que j'ai beaucoup réfléchi aux questions qui vous intéressent, et je suis certain d'avoir quelque chose à dire. Mon exposé sera un peu décousu. J'ai l'expérience de l'intervention en cas d'urgence, alors je suis censé pouvoir bien me débrouiller dans ce genre de situation. On verra bien. J'ai également l'avantage de compter parmi les premières personnes à prendre la parole, alors je n'aurai pas à répéter ce que plusieurs autres personnes auront dit. Je ne tiens pas à commenter ce que d'autres personnes ont dit. Toutefois, il y a un élément que je devrais tout d'abord mentionner — car je crois que c'est vraiment important —, c'est le cloisonnement improvisé des services offerts dans les systèmes de soins de santé. J'ai l'impression qu'il s'agit

larger service delivery organizations. It has certainly not been rationalized around patient needs or the operational requirements of the services.

I can think of many situations where this ad hoc division between seniors' homes and community care, and mental health and addictions works against the interest of patients and also introduces serious inefficiencies into the delivery of care. We have talked about this in private conversations I have had with my associates in the Vancouver Island Health Authority. We had never used this language in any published documents. We talk about trying to break down those boundaries and create a program that we refer to quaintly as, people who cannot function in the community because they are messed up in their heads for some reason or another. It could be mental health and addictions; it could be a dementia; it could be an acquired brain injury; it could be some neurodegenerative illness; it could be they have been abusing substances for too long; or it could be a combination of all those factors. What this corresponds to operationally is more integrated planning and evaluation; more integrated processes to develop clinical informatic strategies to populate electronic health records with constructs that work across these program areas. I affirm the need to take a hard look at what these silos are. Typically, you have different programs organized together at the level of some senior executive. However, we need to turn that integration into something real and operational that translates down to the level at which care is delivered.

I want to talk a bit about evaluation and performance monitoring because that is my area. If we look at the performance monitoring frameworks within mental health and addictions right now, at least the ones that I have seen, these frameworks are largely populated by what I would call convenience indicators. It is information that has made its way into the performance monitoring framework, not because it provides us with a cunning understanding of how well we are doing around the care that we are providing, but because we can get our hands on the data. I acknowledge that there are severe challenges to getting our hands on information that would enable us to create performance monitoring evaluation frameworks that would enable us to answer basic questions such as: Is our care having an impact? If it is having an impact, is it the impact that we wanted to have? We do not always have a good impact, so we have to be able to answer both those questions with the data we collect. That is a daunting challenge. It is not a trivial matter to get the knowledge that lives in the heads of clinicians, and abstracted in a form that enables it to be put into electronic health records that can populate performance monitoring frameworks and generate powerful models that would drive the way we evolve our health care system. However, it can be done. I think it requires partnership. The partnership that I envision is one between the health authorities and the academic institutions.

tout simplement de vestiges de l'époque où des unités de prestation de services plus modestes se sont réunies pour devenir des organismes de régie de la santé et d'autres organismes de prestation de services plus étendus. Certes, le bien-fondé de cela ne tient ni aux besoins des patients ni aux exigences opérationnelles des services.

Il me vient à l'idée une foule de situations où cette division improvisée entre les résidences pour aînés et des soins communautaires et entre la santé mentale et la toxicomanie va à l'encontre des intérêts des patients et crée de graves lacunes au chapitre de la fourniture de soins. Mes collègues de la Vancouver Island Health Authority et moi-même avons eu des conversations privées sur le sujet. Nous n'avons jamais tenu un tel discours dans les documents écrits. Nous parlons de faire tomber ces cloisons et de créer un programme pour les gens que nous décrivons — de façon plutôt originale — comme des gens qui ne peuvent fonctionner au sein de la collectivité parce qu'ils ont, pour une raison ou une autre, un certain désordre dans la tête. Il pourrait s'agir de maladie mentale ou de toxicomanie; il pourrait s'agir de démence; il pourrait s'agir d'une lésion cérébrale acquise; il pourrait s'agir d'une maladie neurodégénérative; il pourrait s'agir de problèmes liés à de longues années de consommation de drogue, ou d'une combinaison de ces facteurs. Ce que cela suppose, sur le plan opérationnel, c'est une évaluation et une planification plus intégrées; des processus mieux intégrés relatifs à l'élaboration de stratégies de consignation des données cliniques pour assortir les dossiers de santé électroniques de concepts qui transcendent ces domaines de programme. Je déclare que nous devons examiner attentivement ces cloisonnements. En général, on regroupe divers programmes sous la responsabilité d'un cadre supérieur quelconque. Toutefois, nous devons veiller à ce que cette intégration ait une incidence opérationnelle réelle et se fasse sentir à l'échelon où les soins sont dispensés.

J'aimerais parler un peu d'évaluation et de contrôle du rendement, car c'est mon domaine. Si on examine les cadres de contrôle du rendement actuellement appliqués dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, du moins ceux que j'ai eus, ces cadres sont largement constitués de ce que j'appellerais des indicateurs de complaisance. C'est de l'information qui se retrouve dans le cadre de contrôle du rendement non pas parce qu'elle nous permet de mieux déterminer si nous faisons bonne figure au chapitre de la fourniture de soins, mais bien parce que ce sont des données que nous pouvons obtenir. Je reconnais que des obstacles importants nous empêchent de mettre la main sur l'information qui nous permettrait de créer des cadres d'évaluation et de contrôle du rendement offrant la possibilité de répondre à des questions fondamentales, comme : Est-ce que nos soins ont un impact? S'ils ont un impact, est-ce l'impact que nous voulions avoir? Nous n'avons pas toujours un bon impact, alors il importe de pouvoir répondre à ces deux questions avec les données que nous recueillons. C'est un défi de taille. Ce n'est pas facile d'extraire les connaissances qui vivent dans l'esprit des cliniciens, et de les conceptualiser de façon à pouvoir les consigner dans des dossiers de santé électroniques susceptibles de nourrir les cadres de contrôle du rendement et de générer des modèles puissants qui propulseraient l'évolution de notre système de soins de santé. Mais ce n'est pas impossible. Je crois que cela exige un



Every time I have ever seen reference to the notion of health service systems research in relationship to those organizations that are actually involved in the delivery of care, it always says there is severely limited capacity to do health service system research within those organizations that provide care.

I think that is a serious shortfall within those organizations. The health care service delivery organizations need to develop internal capacity to conduct that kind of research, because that research will only work if the data collection is fully integrated into the service delivery processes. It cannot be a one-off; lob an academic into the service delivery site, gather a bunch of information, and then go away for many years. There has to be ongoing collection of quality and pertinent information. You need that internal capacity, which anchors one end of a partnership with the academic institutions. Then I think you would have the capacity and the knowledge to create, analyze and report the knowledge that we need to better evaluate and manage our health care system. The capacity to generate that kind of knowledge would also enable the health authorities to operationalize and validate best practice standards that are being promoted. It would also help us to evaluate benchmarks against real data that paints a picture of what the actual service situation is to determine whether these benchmarks are viable and the impact of planning toward them.

**Ms. Spencer:** My observations are based in large part on when I was national coordinator on a project called, "Seeking Solutions: Canadian Community Action On Seniors And Alcohol Issues." The project ran between 2000 and 2003. It was a national project funded through Health Canada's National Population Health Fund, where we began the process of identifying emerging practices and approaches in prevention and treatment that showed considerable promise for older adults. One thing that we talk about in this area is emerging practices as opposed to best practices because it is not something that is set at any one point in time. The federal funding for initiatives such as Seeking Solutions has helped to begin the process of building knowledge in this area. However, these steps are just the beginning on a long journey.

I will try to avoid covering the same points that I know some of my colleagues will raise. I would like to speak primarily to the addictions issues affecting older adults, with again, passing reference to where they overlap with the mental health area. In effect, I would like to put some meat on the bones for the Senate committee issues and options report in terms of specific areas of action for research and education, continuum services and dealing with stigma and discrimination. Like Jennifer, I would also like to commend the committee for its foresight in recognizing older adults as a special population when it comes to mental health,

partenariat. Le partenariat que j'envisage concerne les autorités qui régissent les soins de santé et les établissements d'enseignement. Chaque fois qu'on aborde la notion de mise en rapport de la recherche sur les systèmes de soins de santé avec les organismes qui prennent part à la fourniture de soins, on dit toujours que ces organismes qui dispensent des soins ont une capacité très limitée au chapitre de la recherche sur les systèmes de soins de santé.

Je crois que c'est une grave lacune de ces organismes. Les organismes fournisseurs de soins de santé doivent se doter de la capacité d'effectuer des recherches à l'interne, car cette recherche ne sera valide que si la collecte de données est pleinement intégrée aux processus de prestation de services. Il ne peut s'agir d'un projet ponctuel, où on affecte un chercheur au lieu de la prestation de services, on recueille une foule d'informations, et on oublie tout ça pendant de nombreuses années. Il faut constamment recueillir des données pertinentes et de qualité. Il faut se doter d'une telle capacité interne, qui sert de point d'ancrage d'un côté du partenariat avec les établissements d'enseignement. On disposerait ainsi de la capacité et des données nécessaires pour créer, analyser et consigner les connaissances dont nous avons besoin pour mieux évaluer et gérer notre système de soins de santé. La capacité de générer ce genre de connaissances permettrait également aux autorités de la santé d'appliquer et de valider les normes relatives aux pratiques exemplaires dont on fait actuellement la promotion. Elle nous aiderait aussi à évaluer les repères à la lumière de données réelles qui brossent un portrait de la situation réelle en matière de prestation de services, afin de déterminer si ces repères sont viables, et à évaluer l'incidence d'une planification fondée sur ces repères.

**Mme Spencer :** Mes observations tiennent largement à mon expérience de coordonnatrice nationale d'un projet qui s'appelait : « Seeking Solutions : Canadian Community Action On Seniors And Alcohol Issues ». Le projet a eu lieu de 2000 à 2003. Il s'agissait d'un projet national financé par l'entremise du Fonds pour la santé de la population de Santé Canada, dans le cadre duquel nous avons commencé à repérer les nouvelles pratiques et approches de prévention et de traitement prometteuses pour les personnes âgées. À l'époque, on parlait non pas de pratiques exemplaires, mais bien de pratiques naissantes, car ce n'est pas statique. Le financement fédéral pour des initiatives comme Seeking Solutions a aidé à entamer le processus d'acquisition de connaissances dans ce domaine. Toutefois, ce n'est que le début d'un long périple.

Je vais tenter d'éviter certains sujets, car je sais que certains de mes collègues les aborderont plus tard. J'aimerais parler principalement des enjeux en matière de toxicomanie qui touchent les personnes âgées, et, encore, des chevauchements avec le domaine de la santé mentale. Effectivement, j'aimerais, aux fins du rapport Questions et options de votre Comité sénatorial, vous donner un peu de matière en ce qui concerne les champs d'action spécifiques pour la recherche et l'éducation, les services s'inscrivant dans le continuum, et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Tout comme l'a fait Jennifer,



mental illness and addictions. We know that older adults are often overlooked in discussions in this area, as well as in other policy areas, so this is a significant acknowledgment.

It would be helpful to give some background context in terms of addictions. There are currently about 4.1 million seniors in Canada, of whom about two thirds, or 2.7 million, drink regularly or occasionally. Of this group, approximately 169,000 to 282,000, or 6 per cent to 10 per cent experience significant problems in their lives as a result of alcohol use. That is approximately the same percentage that we see in the younger population. In later life, problematic use may develop as a result of changing bodies and changing circumstances, including the increased likelihood of needing medications in later life. We find that for older adults experiencing alcohol problems, there is an underlying depression or anxiety problem in about a quarter of the cases.

If I were to identify three or four priority areas, one of them would obviously be national information that is built on reliable information about older adults. Government priorities are often based in part on research and statistics about the prevalence of a particular problem. The available statistics we have are likely a significant under-representation of the true dimension of the problem for older adults and its impact on their lives, families and communities. The problem is that national surveys use subscales to indicate problematic use, which are based on negative social problems common among younger adults, but not necessarily the type of problems that older adults face. In other words, the young adult is considered the norm for all age groups.

We know from Canadian research, the little that there is in the areas, that the percentage of problems may be quite a bit higher in some health care settings. For example, up to 18 per cent of hospitalized seniors experience health problems from alcohol use. Recent research from Quebec and early work in British Columbia indicates drug use problems, particularly that dibenzodiazepine may be much more commonplace among older adults than we recognized to date. We have considerable knowledge gaps at this point.

National information needs to reflect that older adults in this area are an extremely heterogeneous group with diverse needs. They represent a 40-year age span. Although we know that alcohol consumption in general is higher in certain groups, for example, people who are well off or people who are poor, problem use is represented in all socioeconomic classes, all cultures, and all parts of the country among the senior population.

j'aimerais également saluer la prévoyance du Comité pour ce qui est de reconnaître les personnes âgées à titre de population spéciale au chapitre de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Nous savons que les personnes âgées sont souvent laissées pour compte dans le cadre de discussions dans ce domaine, et dans d'autres domaines stratégiques, alors c'est un progrès considérable.

Il serait utile de vous décrire le contexte de la toxicomanie. Il y a actuellement environ 4,1 millions d'ainés au Canada, dont à peu près les deux tiers, soit 2,7 millions, boivent régulièrement ou à l'occasion. De ce groupe, on estime que de 169 000 à 282 000 personnes, soit de 6 à 10 p. 100, éprouvent des difficultés considérables dans leur vie, en raison de leur consommation d'alcool. C'est environ le même pourcentage que dans les catégories plus jeunes. Plus tard dans la vie, la consommation problème peut naître de l'évolution de l'état physique et de l'évolution des circonstances, y compris la probabilité accrue de devoir prendre des médicaments. Nous constatons qu'il y a un problème sous-jacent de dépression ou d'anxiété dans environ le quart des cas de personnes âgées aux prises avec un problème d'alcoolisme.

Si je devais établir trois ou quatre domaines prioritaires, l'un d'eux serait évidemment la diffusion à l'échelle nationale d'informations fondées sur des données fiables sur les personnes âgées. Les priorités gouvernementales découlent souvent de recherches et de statistiques sur la prévalence d'un problème donné. Il y a fort à parier que les statistiques disponibles minimisent considérablement l'ampleur réelle du problème pour les personnes âgées et de son incidence sur leur vie, leur famille et leur collectivité. Le problème, c'est que les enquêtes nationales utilisent pour indiquer la consommation problème des sous-échelles fondées sur des problèmes sociaux négatifs courants chez de jeunes adultes, mais pas nécessairement chez des personnes âgées. Autrement dit, on applique à tous les groupes d'âge la norme applicable aux jeunes adultes.

La recherche canadienne, le peu de recherche qu'il y a dans ces domaines, montre que le pourcentage de cas problèmes peut être supérieur dans certains milieux des soins de santé. Par exemple, jusqu'à 18 p. 100 des aînés hospitalisés sont aux prises avec des problèmes de santé découlant de la consommation d'alcool. De récentes études du Québec et des travaux préliminaires en Colombie-Britannique montrent que les problèmes de toxicomanie, en particulier la dépendance à la dibenzodiazépine, sont peut-être plus courants chez les personnes âgées qu'on ne le croyait auparavant. Les lacunes de données à cet égard sont considérables.

L'information nationale doit refléter le fait que les personnes âgées, dans ce domaine, constituent un groupe extrêmement hétérogène dont les besoins sont divers. L'âge de ces personnes peut varier de 40 ans. Même si nous savons que la consommation d'alcool en général est supérieure dans certains groupes, par exemple, ceux qui sont bien nantis ou ceux qui sont pauvres, la consommation à problème est représentée dans la population aînée de toutes les classes socio-économiques, de toutes les cultures, et de toutes les régions du pays.



The second point I would like to emphasize for today is again desperate need for resource services that are targeted to older adults. No matter what figures we use to indicate the alcohol or drug use problem, I would like to point out the magnitude of the gap between the need and the resources in this area throughout Canada. Through all of Canada, there are specialized programs for older adults experiencing alcohol or drug problems in only 12 communities, five of which are here in British Columbia. Most of these programs, actually all of them, use what is referred to as a harm reduction approach, which is a well-established and effective approach for working with, and helping, older adults. In total, these 12 programs serve approximately 1,250 seniors in a given year. In other words, that is less than four-tenths of 1 per cent of older adults who are experiencing problems. The specialized services for seniors with substance use problems are noticeably absent from all of Atlantic Canada, Saskatchewan, and the Territories. In the remaining provinces where there are specialized services, these services are community based programs, and they usually serve a large urban area. Even though some of the programs have been around for 20 or 25 years — one of our local programs is celebrating its twenty-fifth anniversary — their funding from year to year tends to be precarious.

The other thing that is important in understanding the services and resources is recognizing that not all older adults who experience use problems in this area need treatment. However, they need appropriate support and assistance, whether they live in the community or in a congregate setting such as a nursing home. A small proportion of the remaining older adults may be helped by physicians, counsellors, or psychiatrists, only some of whom may have background in either gerontology or geriatrics. It is commonplace in the community for programs to say that, "We serve people aged 9 to 99," but in reality they may not have experience in working with older adults. That particular service gap represents under-recognition of the issue at the policy level, plus overall low-level funding in terms of addiction and mental health services in all the provinces, in combination with marginalization of older adults.

There is also a significant degree of fatalism and ageism. In other words, what is the use — they are old and it is their last pleasure? Basically, older adults are treated as a drain on society. Most people are unaware that older adults do as well as, and in many cases better than, younger adults when they receive appropriate assistance and support for their alcohol or other drug problem.

The third key area that I would suggest for emphasis is what the issues and options report has talked to, and that is stigma and discrimination for older adults with substance use or mental health problems. Again, building on the comments of Robena who talked in terms of that duality of age and mental health, and

Le deuxième point sur lequel j'aimerais insister aujourd'hui est, encore une fois, le besoin pressant de services destinés spécifiquement aux personnes âgées. Quels que soient les chiffres que nous utilisons pour illustrer le problème de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, j'aimerais souligner l'ampleur de l'écart entre le besoin et les ressources dans ce domaine, partout au Canada. Dans l'ensemble du Canada, on trouve des programmes spécialisés destinés aux personnes âgées aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie dans seulement 12 collectivités, dont cinq sont ici même, en Colombie-Britannique. La plupart de ces programmes — en fait, tous ces programmes — misent sur ce qu'on appelle la réduction des méfaits, méthode éprouvée et efficace pour ce qui est de travailler avec les personnes âgées, et de les aider. Au total, ces 12 programmes servent environ 1 250 aînés au cours d'une année. En d'autres mots, c'est moins de quatre dixièmes de 1 p. 100 des personnes âgées aux prises avec des problèmes. Les services spécialisés destinés aux aînés ayant des problèmes de consommation brillent par leur absence dans l'ensemble du Canada atlantique, de la Saskatchewan et des Territoires. Dans les autres provinces où on trouve des services spécialisés, ces services sont des programmes communautaires, et ils servent généralement une grande région urbaine. Même si certains des programmes existent depuis 20 ou 25 ans — l'un de nos programmes locaux célèbre son 25<sup>e</sup> anniversaire —, leur financement a tendance à être précaire, d'une année à l'autre.

L'autre chose qu'il importe de reconnaître, en ce qui concerne les services et les ressources, c'est que ce ne sont pas toutes les personnes âgées aux prises avec des problèmes de consommation qui ont besoin de traitement. Toutefois, elles ont besoin d'une aide et d'un soutien appropriés, qu'elles vivent au sein de la collectivité ou en communauté, par exemple dans une maison de soins infirmiers. Une modeste proportion des personnes âgées qui restent peuvent être aidées par des médecins, des conseillers ou des psychiatres, dont un certain nombre seulement ont une formation en gérontologie ou en gériatrie. Il est courant que les programmes communautaires disent : « nous servons les gens de 7 à 77 ans », mais, en réalité, ils n'ont peut-être pas d'expérience pour ce qui est de travailler avec des personnes âgées. Cet écart au chapitre du service reflète le fait que les politiques minimisent l'enjeu, que le financement global au chapitre des services liés à la toxicomanie et à la santé mentale dans toutes les provinces est bas, et que les personnes âgées sont marginalisées.

Il règne également un degré considérable de fatalisme et d'âgisme. Autrement dit, ça ne vaut pas la peine — ils sont vieux et c'est leur dernier plaisir. Essentiellement, les personnes âgées sont traitées comme un boulet pour la société. La plupart des gens ignorent que les personnes âgées font aussi bonne figure — et, bien souvent, meilleure figure — que les autres adultes, lorsqu'elles bénéficient d'aide et d'un soutien appropriés pour leur problème d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Le troisième domaine clé sur lequel je suggère qu'on mette l'accent a été mentionné dans le rapport Questions et options, c'est-à-dire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes âgées aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Encore une fois, je me fais l'écho de Robena,



that intersection of those two key points, it actually magnifies the stigma that much more. Stigma affects older adults' perspectives of their own condition. It becomes a "master status." It means that they are shunned by their friends. Their problem is often hidden by families. Because of the lack of understanding of the nature of alcohol or drug dependence, particularly if it is characterized as a lifestyle problem, its effects on older adults means that older adults are often denied basic health and home care services in this area. Again, building on what others have mentioned, older adults have complex needs, and because of the lack of the appropriate services in the community, they are unfairly characterized by health care providers as bed blockers; as using up the health care resources that people with "real problems" need. At every turn, they are ostracized and marginalized. Practitioners who work with older adults in this area point out that practitioners seem to spend half their time advocating for older adults simply to remove some of the existing barriers and to get the basic services that older adults take for granted.

In the Seeking Solutions project, seniors pointed out that in their lifetime they have seen other matters that were previously stigmatized, hidden and never talked about, such as cancer, divorce, pregnancy, and developmental disabilities, become normalized through information, education, and social change. They ask why that is not possible here too. It is not just stigma, but stigma with ageism.

The committee, in its issues and options report, talked about the potential for housing discrimination for a person who has a mental health, alcohol use or drug use problem. I would like to put that in a broader context in terms of the federal policies on housing throughout the 1990s that effectively reduced the availability of housing for that group. Providers, given the choice between somebody who has minimal needs and somebody who has complex needs, will choose tenants who have minimal needs, effectively shutting out older adults, as well as other people who may have substance use or mental health problems. This problem is consistent across the country. Scarcity of affordable, appropriate housing, in combination with lack of information, education, training and availability of resources, leave people with complex needs highly vulnerable to discrimination. Although some housing money is becoming available, most of the benefits are downstream, so they may not be available or realized during the life of older adults in need. It is important to realize that this does not have to be the case.

I am really happy that Suzanne Crawford is here. We know from other regions that if you have a few additional services for building managers, if you have well-balanced information along with education and knowledge of community resources, that older

qui a parlé de cette dualité de l'âge et de la santé mentale, et c'est, en réalité, la convergence de ces deux points qui accroît d'autant plus la stigmatisation. La stigmatisation influe sur la perspective des personnes âgées à l'égard de leur propre état. Ça devient une « désignation maîtresse ». Cela veut dire que leurs amis les évitent. Leur problème est souvent caché par la famille. En raison du manque de compréhension de la nature de la dépendance à l'alcool ou aux drogues, surtout si elle est caractérisée par un mode de vie problématique, les personnes âgées, bien souvent, se voient refuser l'accès aux soins de santé fondamentaux et aux services à domicile dans ce domaine. De plus, comme d'autres l'ont mentionné, les personnes âgées ont des besoins complexes, et, en raison de l'absence de services appropriés dans la collectivité, elles sont injustement considérées par les fournisseurs de soins de santé comme des malades qui monopolisent les lits d'hôpitaux; qui monopolisent les ressources en matière de soins de santé qui pourraient servir à des gens avec de « vrais problèmes ». À toute occasion, elles sont ostracisées et marginalisées. Les praticiens qui travaillent avec les personnes âgées dans ce domaine soulignent qu'ils semblent passer la moitié de leur temps à défendre les droits des personnes âgées en vue, tout simplement, d'éliminer certains obstacles et de leur procurer les services fondamentaux que d'autres adultes tiennent pour acquis.

Dans le cadre du projet Seeking Solutions, des aînés ont signalé que, au cours de leur vie, l'information, l'éducation et l'évolution sociales ont permis de faire la lumière sur des questions qui, autrefois, étaient stigmatisées, cachées, taboues, comme le cancer, le divorce, la grossesse et les troubles de développement. Ils se demandent pourquoi cela n'est pas possible dans leur cas aussi. Ce n'est pas seulement une stigmatisation, c'est une stigmatisation doublée d'une attitude âgiste.

Votre comité, dans son rapport Questions et options, parle de la possibilité de discrimination en matière de logement pour une personne aux prises avec un problème de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie. J'aimerais inscrire cette question dans le contexte élargi des politiques fédérales sur le logement, pendant les années 90, qui ont effectivement réduit la disponibilité des logements pour ce groupe. Le fournisseur qui a le choix entre une personne ayant peu de besoins et une personne ayant des besoins complexes va privilégier le locataire qui a peu de besoins, ce qui, de fait, exclut les personnes âgées, ainsi que d'autres personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Le problème est le même partout au pays. La rareté de logements abordables et appropriés, ainsi que le manque d'information, d'éducation, de formation et de disponibilité des ressources, font en sorte que les gens ayant des besoins complexes sont très vulnérables à la discrimination. Même si des fonds relatifs aux logements commencent à être consentis, la plupart des avantages sont en aval et ne se feront peut-être pas sentir au cours de la vie de personnes âgées dans le besoin. Il importe de comprendre que les choses n'ont pas besoin d'être comme ça.

Je suis vraiment heureuse que Suzanne Crawford soit ici. Nous savons, à la lumière de l'expérience d'autres régions, que si on offre quelques services supplémentaires aux gérants d'immeuble, si on offre de l'information équilibrée et que l'on fait connaître les



adults manage quite well in the community for extended periods of time, and do not need to risk institutional placement. We have the examples of remarkable and diverse housing models for seniors such as LOFT in Toronto, to meet the needs of older adults who are experiencing discrimination. With increasing government emphasis on evidence-based policy, there is a need for research on these models to help demonstrate their efficacy, and where appropriate, use them as housing models to help meet the needs of older adults who have either substance use problems or mental health problems. We need to understand the house model, along with the policies and regulations that can support or undermine our ability to meet older adults' needs. I am thinking particularly in terms of housing regulations and housing policies in that area.

**Ms. Malach:** My role today is to offer you the national perspective, and there are different groups of people here today who represent specific programs within local communities, and within the provinces. The Canadian coalition has the role to pull it all together and create a strategy, or attempt to collaborate with everybody across the country and bring things together.

I would say in six brief points that, number one, we need a national strategy for mental health, which is outlined in your third report. Number two, we need to identify in a final report that seniors' mental health is a distinct issue from other groups, and you will hear that today. Number three, we need an action plan for awareness, stigma reduction and education. Number four, we need an action plan on research, data collection and a surveillance system so we know what is actually going on. Number five, we need an action plan for collaboration across all stakeholder groups, whether the plan is for actual groups that are working within the community, or long term care facilities, as well as federal, provincial and territorial levels of government. Number six, we need an action plan that addresses care delivery and policy.

Those are my six overarching and quick pieces of information. I have a formal submission, but those are the six points in summary.

**The Chairman:** Did your sixth point deal with the policy on delivering care? I did not understand the term.

**Ms. Malach:** It is a policy that looks at service delivery access issues; a number of the different issues that I think you will hear today, but specifically a policy that looks at delivery of services for seniors.

ressources communautaires, les personnes âgées se débrouillent plutôt bien au sein de la collectivité pendant de longues périodes, et n'ont pas besoin de craindre d'être placées en établissement. Nous avons des exemples de modèles de logements remarquables et diversifiés pour les aînés, comme l'initiative LOFT à Toronto, pour répondre aux besoins de personnes âgées victimes de discrimination. Vu l'accent croissant que fait porter le gouvernement sur les politiques axées sur les résultats, il faut mener des recherches à l'égard de ces modèles afin de démontrer leur efficacité et, le cas échéant, de les utiliser comme modèles pour aider à répondre aux besoins de personnes âgées aux prises avec un problème de toxicomanie ou de santé mentale. Nous devons comprendre le modèle de logement, ainsi que les politiques et règles qui peuvent soutenir ou miner notre capacité de répondre aux besoins des personnes âgées. Je pense tout particulièrement à la réglementation du logement et aux politiques régissant le logement dans ce domaine.

**Mme Malach :** Mon rôle aujourd'hui est de vous offrir une perspective nationale, et il y a aujourd'hui divers groupes de gens qui représentent des programmes particuliers au sein de collectivités locales, et des provinces. Le rôle de la coalition canadienne consiste à regrouper tout cela et à créer une stratégie, ou à tenter de collaborer avec tous les intervenants au pays afin de regrouper toutes ces choses.

Je vous présente brièvement mes six points : premièrement, nous avons besoin d'une stratégie nationale en matière de santé mentale, tel que prévu dans votre troisième rapport; deuxièmement, le rapport final doit préciser que la santé mentale des aînés est un enjeu distinct des autres groupes d'âge, et c'est quelque chose que vous entendrez aujourd'hui; troisièmement, nous avons besoin d'un plan d'action pour la sensibilisation, la lutte contre la stigmatisation et l'éducation; quatrièmement, nous avons besoin d'un plan d'action sur la recherche, d'une collecte de données et d'un système de surveillance afin que nous sachions ce qui se passe; cinquièmement, nous avons besoin d'un plan d'action pour la collaboration parmi tous les groupes d'intervenants, soit les groupes qui travaillent au sein de la collectivité, ou les établissements de soins de longue durée, et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Sixièmement, nous avons besoin d'un plan d'action relatif à la fourniture de soins et aux politiques.

Voilà mes six principaux points. J'ai présenté un mémoire officiel, mais ce sont là les six grands points qui résument le mémoire.

**Le président :** Est-ce que votre sixième point concerne la politique relative à la fourniture de soins? Je n'ai pas compris le terme.

**Mme Malach :** Il s'agit d'une politique qui se penche sur les enjeux liés à l'accès à la prestation de services; vous entendrez sans doute parler d'un certain nombre de ces enjeux aujourd'hui, mais, spécifiquement, il s'agirait d'une politique relative à la prestation de services aux aînés.



**Dr. Donnelly:** I will mention three things that I think are important for seniors' mental health right now. The first is the need to integrate the work of clinicians, academics, and administrators. Ken has already mentioned this to a certain degree.

Working in this field for 20 years, I feel badly seeing clinicians not supported when they have good questions and there is nobody to help answer their questions. I see academics doing one-shot programs that have no ability to be followed up later. I see administrators who see the larger picture, but are really blind to the clinical problems, or the problems that the academics see because of structure of dollars. I would like to see somehow that we bring these people together and actually go forward. That is my first point.

My second point is that we need to work on increasing the depth and the breadth of education about geriatric mental health. I think that is true in four different areas. First of all, interdisciplinary education: In geriatric mental health we have to work in a team, and yet we get little education at the undergraduate level about working in a team. Nurses are taught in nursing silos, physicians in physician silos. They seldom learn to work together. We need to work on that, not only at the undergraduate level, but when we get out there and work in teams; we need the time to be able to discuss team work. Yet administrators are constantly saying, "How many patients are you seeing?" They are not saying, "Are you sitting down and discussing things?" That really needs to be emphasized.

Continuing education needs to be emphasized. I find that when teaching undergraduates about dementia and frailty, they are too unsophisticated to understand the issues when they are 19-year-old medical students or nurses. When they get out into practice and they understand the issues, then I think we need to educate them more. However, when dollars are cut, the first thing that is cut is evaluation dollars.

The second thing that is cut is education dollars. Then they say, go out and do the service. It is not right, and it is not right that the poorest paid worker gets no education. I am not worried about doctors. They make enough money that they can be educated on their private time. However, the care aids need that, and seldom do we put that into programs. I think there is an inequity between the rural and urban education systems. We should not have that. With our modern technology we can achieve something. I have taught from Vancouver to Smithers in telehealth. We can do a lot if we pair the urban areas that have all the resources with rural areas. We could do a lot with the same resources in the system; not even more resources.

**La Dre Donnelly :** Je mentionnerai trois choses qui, selon moi, sont essentielles à la santé mentale des aînés à l'heure actuelle. La première concerne le besoin d'intégrer le travail des cliniciens, des chercheurs, et des administrateurs. Ken a déjà mentionné cette question, dans une certaine mesure.

Je travaille dans le domaine depuis 20 ans, et cela m'attriste de voir des cliniciens qui ne reçoivent aucun soutien lorsqu'ils ont de bonnes questions et que personne n'est là pour répondre à leurs questions. Je vois des chercheurs exécuter des programmes ponctuels qui ne peuvent faire l'objet d'un suivi ultérieur. Je vois des administrateurs qui voient la situation dans son ensemble, mais qui ignorent tout des problèmes cliniques, ou des problèmes auxquels sont confrontés les chercheurs, en raison de la structure du financement. J'aimerais que, d'une façon ou d'une autre, nous arrivions à regrouper ces gens, et à aller de l'avant. C'est mon premier point.

Mon deuxième point, c'est que nous devons travailler à accroître la profondeur et l'étendue de l'éducation à l'égard de la santé mentale des aînés. Je crois que cela s'applique à quatre domaines différents. Premièrement, l'éducation interdisciplinaire : en matière de santé mentale des aînés, nous devons travailler en équipe; pourtant, on nous apprend bien peu de chose, au premier cycle universitaire, au sujet du travail en équipe. Les infirmières apprennent en vase clos, les médecins apprennent en vase clos. Ils apprennent rarement à travailler ensemble. Nous devons travailler à cela, non seulement au premier cycle, mais aussi quand nous arrivons sur le marché du travail, et nous travaillons en équipe; nous devons avoir le temps de pouvoir discuter du travail en équipe. Pourtant, les administrateurs demandent constamment « combien de patients voyez-vous? » au lieu de demander « est-ce que vous vous assoyez avec eux pour parler des choses? » Il faut vraiment insister sur cet aspect.

Il faut mettre l'accent sur l'éducation permanente. J'ai constaté que, quand on enseigne aux étudiants du premier cycle au sujet de la démence et de la perte d'autonomie, ces jeunes étudiants de 19 ans en médecine ou en sciences infirmières ne sont pas assez mûrs pour comprendre les enjeux. Lorsqu'ils passent à la pratique et comprennent les enjeux, je crois que nous devons continuer de les éduquer. Toutefois, quand il y a des compressions budgétaires, la première chose qui part, c'est l'argent destiné à l'évaluation.

La deuxième chose qui part, c'est l'argent destiné à l'éducation. Ensuite, ils disent : allez-y, dispensez des services! Et c'est inacceptable, c'est inacceptable que le travailleur le moins rémunéré ne jouisse pas d'une formation continue. Je ne m'inquiète pas pour les médecins. Ils font assez d'argent pour se perfectionner dans leur temps libre. Mais les préposés aux bénéficiaires ont besoin de cela, et nous prévoyons rarement de telles choses dans les programmes. Je crois qu'il y a une iniquité entre les systèmes d'éducation ruraux et urbains. Nous ne devrions pas avoir une telle chose. Avec nos technologies modernes, nous pouvons trouver des solutions. J'ai enseigné à Smithers à partir de Vancouver, grâce à la télésanté. Nous pouvons accomplir beaucoup de choses si nous jumelons les zones urbaines qui ont toutes les ressources aux zones rurales. Nous pouvons accomplir beaucoup de choses avec les mêmes ressources dans le système; il ne s'agit même pas d'attribuer des ressources supplémentaires.



Finally, with respect to education, I am sick of projects that are educational. I want programs. I want things that are sustainable and that look at what the education program does and how it changes people in their practice. I think we need to work towards that. Again, that is a funding issue and a policy issue, because so often education is not considered part of the job; either doing it or getting it.

My third issue is, we need to work more on collaborative care. The silos of family practice and mental health do not work. I am privileged to work with Canadian Collaborative Mental Health. We are trying to get family physicians, front line staff and mental health people working more closely together. We are creating a geriatric tool kit to try to help more programs like this across the country. It is my firm belief that we need to take those programs, especially mental health programs, and put them at that primary-care level connecting them. Unless we connect mental health reform with primary-care reform, we will not make that happen. That is my third point; we need to work on that collaboration.

**Ms. MacCourt:** You have covered a lot, and I am hard pressed to know where to start.

I represent the B.C. Psychogeriatric Association and the Seniors Psychosocial Interest Group, which is a national group. I would like to start where we come from, which is a broader perspective on mental health than mental health as lack of mental illness. We see mental health as being many of the things that you talked about. The relationships between people is affected positively or negatively by the social environments in which people live; the availability of supportive resources, as someone mentioned, housing. There are also other things such as transportation that enable people; they support people's strengths and resilience if they are there. If they are not there, people can become isolated, depressed and so on. We begin from the place that mental health is broad. Unfortunately, though, we also say that the system is set up around mental illness. Services and organizations are structured utilizing a biopsychosocial model with an emphasis on a biomedical model. That is in service delivery, but also in how policy is developed, what services are funded and even what research is funded. It also goes across ministries, as someone already mentioned — the stovepiping amongst ministries — and also between the provinces and the federal government.

Our first point, then, is the desire to see mental health as a subject area include mental health promotion and support for mental health, where all people fall on a continuum of mental health, if you like. In other words, you can be mentally ill, but you can still have better or worse mental health, and your mental

Enfin, en ce qui concerne l'éducation, j'en ai marre des projets à vocation éducative. Je veux des programmes. Je veux des choses qui sont durables, qui examinent les résultats que donne le programme d'éducation, et qui déterminent en quoi il influe sur l'évolution de la pratique. Je crois que nous devons tendre vers cela. Encore une fois, c'est une question de financement et de politique, car, bien souvent, l'éducation n'est pas considérée comme faisant partie du travail. On le fait ou on l'apprend à le faire.

Mon troisième point concerne le besoin de travailler davantage sur les soins coopératifs. Le cloisonnement de la médecine générale et de la santé mentale ne fonctionne pas. Je suis privilégiée de pouvoir travailler avec l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Nous tentons de favoriser une collaboration plus étroite entre les médecins de famille, le personnel de première ligne et les professionnels de la santé mentale. Nous nous affairons à créer une trousse d'outils de gériatrie en vue d'aider un plus grand nombre de programmes comme celui-ci partout au pays. Je crois fermement que nous devons prendre ces programmes, en particulier les programmes touchant la santé mentale, et les faire connaître à l'échelon des soins primaires. À moins de lier la réforme en matière de santé mentale à la réforme en matière de soins primaires, nous n'y arriverons pas. C'est mon troisième point : nous devons travailler sur cette collaboration.

**Mme MacCourt :** Vous avez couvert beaucoup de choses, et j'ai peine à savoir où commencer.

Je représente la B.C. Psychogeriatric Association et le Seniors Psychosocial Interest Group, qui est un groupe national. J'aimerais commencer par vous préciser que nous envisageons la santé mentale de façon bien plus large que la simple absence de maladie mentale. La santé mentale, telle que nous la percevons, englobe nombre de choses dont vous avez parlé. L'environnement social où évoluent les gens — ce qui comprend l'existence de ressources de soutien, comme le logement, tel que mentionné plus tôt — qui influe de façon positive ou négative sur les relations interpersonnelles. Il y a également d'autres choses — comme le transport — qui habilitent les gens; ces choses, si elles sont disponibles, soutiennent les points forts et la résilience des gens. Si elles ne sont pas disponibles, les gens peuvent devenir isolés, déprimés, et ainsi de suite. Nous partons du principe selon lequel la santé mentale est une notion large. Malheureusement, toutefois, nous estimons également que le système contourne la maladie mentale. La structure des services et des organismes est fondée sur un modèle biopsychosocial, et met l'accent sur un modèle biomédical. Cela s'applique à la prestation de services, mais également à la façon dont les politiques sont élaborées, à la détermination des services à financer, et même à la détermination des recherches à financer. Cela s'applique aussi aux ministères, comme quelqu'un l'a déjà mentionné : le cloisonnement des ministères — ainsi qu'aux provinces et au gouvernement fédéral.

Notre premier point, donc, est le désir de voir la santé mentale considérée comme un domaine à part entière, faisant l'objet de mesures de promotion de la santé mentale et de services de soutien de la santé mentale, où tout le monde s'inscrit dans un continuum de la santé mentale, si vous me permettez l'expression. Autrement



health while you are mentally ill can be supported by friendly visiting, transportation to a day program, and by the milieu in which you live, et cetera.

The other aspect is, we think that through mental health promotion, it is possible to prevent some mental health problems, and even some mental health disorders. That is the first place we come from.

Membership of both the B.C. Psychogeriatric Association and the Seniors Psychosocial Interest Group is basically clinical. We have educators, researchers, an ethicist or two and a policy analyst or two. However, by and large, the membership comes from people who are working in the field. People who are working in the field can see from whatever place they are working that it is much bigger than the services they can offer. As a clinician myself, I cannot even access services such as home support for someone who has a mental health problem but is functionally able to do things, for example. Clinicians can see the various issues, but we do not have access to resources, nor are those resources necessarily out there and available to people.

The other place we are coming from is the idea of psychosocial approaches. The biopsychosocial model is the one that is prevalent and the biomedical piece is important, and we are not going to talk about the co-morbidity and so forth because other people will do that, but other psychosocial factors can affect people. We mean everything that is not biomedical. Community development projects, social supports, cognitive behavioural therapies and all those kinds of things are psychosocial. That is where we come from. We had the good fortune of getting a national grant, the Population Health Fund, to look at psychosocial approaches to the mental health challenges of late life, which let us go across the country interviewing seniors and focus groups, service providers in other provinces, and policy makers right across Canada, including the Northwest Territories.

What we found out was the way seniors talk about and think about mental health is in a broad sense — I spoke of it. Things that support mental health are things such as housing, access to medications that you can afford and a decent culture of caring in the places where they live and within the services they use. Out of this we developed this brochure, which is a seniors-to-seniors brochure, which I will leave with you, that quotes from seniors about preparing for the mental health challenges of aging. They do not talk in medical terms. Unfortunately, the entire system with which we have to help them seems to be couched in terms more of mental illness. We talk of services. We think about it all

dit, vous pouvez avoir un problème de santé mentale, mais votre santé mentale peut toujours être meilleure ou pire, et vous pouvez bénéficier du soutien d'amis qui vous rendent visite, de services de transport vous permettant de participer à un programme de jour, et de bénéficier du soutien du milieu dans lequel vous vivez, etc.

Nous croyons également que la promotion de la santé mentale permettrait de prévenir certains problèmes de santé mentale, et même certains troubles de santé mentale. C'est à la base même de ce que nous faisons.

Les membres de la B.C. Psychogeriatric Association et du Seniors Psychosocial Interest Group sont essentiellement issus du milieu clinique. Nous avons des éducateurs, des chercheurs, un éthicien ou deux, un analyste des politiques ou deux. Toutefois, dans l'ensemble, les membres sont des gens qui travaillent sur le terrain. Les gens qui travaillent sur le terrain peuvent voir que les enjeux vont bien au-delà des services qu'ils peuvent offrir, quels qu'ils soient. Je suis clinicienne et je ne peux même pas accéder à certains services, comme le soutien à domicile pour une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale qui est physiquement capable de faire des choses. Les cliniciens peuvent cerner les divers enjeux, mais nous n'avons pas accès aux ressources, et de telles ressources ne sont pas nécessairement disponibles et offertes aux gens.

Nous nous intéressons également à la notion d'approches psychosociales. Le modèle biopsychosocial est celui qui domine, et l'élément biomédical est important, et nous n'allons pas parler de la comorbidité et de ce genre de chose, car d'autres personnes vous en parleront, mais il y a d'autres facteurs psychosociaux qui peuvent influencer sur les gens. Ce que nous voulons dire, c'est qu'il n'y a pas que des facteurs biomédicaux. Les projets de développement communautaire, les services de soutien social, les thérapies cognitivo-comportementales et toutes ces choses sont d'ordre psychosocial. C'est à cela que nous voulons en venir. Nous avons été privilégiés de recevoir une subvention nationale, du Fonds pour la santé de la population, en vue d'examiner les approches psychosociales à l'égard des problèmes de santé mentale au troisième âge, ce qui nous a permis de parcourir le pays et de tenir des entretiens avec des aînés et des groupes de discussion, des fournisseurs de services d'autres provinces, et des responsables de l'élaboration des politiques de partout au Canada, y compris des Territoires du Nord-Ouest.

Ce que nous avons découvert, c'est que les aînés parlent de la santé mentale et l'envisagent au sens large — j'ai déjà parlé de cela. Les choses qui favorisent la santé mentale sont des choses comme le logement, l'accès à des médicaments abordables, et une culture de soins convenable dans les endroits où ils vivent et reçoivent des services. Cela nous a permis de mettre au point ce dépliant, créé par des aînés, pour les aînés, que je vous laisse, et qui contient des citations d'aînés au sujet de la préparation aux problèmes éventuels de santé mentale liés au vieillissement. Ils n'utilisent pas le jargon médical. Malheureusement, l'ensemble du système dont nous disposons pour les aider semble s'attacher



within the health care system. This makes it frustrating for people in receipt of services, as well as people trying to provide them. I think everybody has touched on that point already.

Our recommendations come from those places. We support the anti-ageism and stigma. We support the national framework on aging, or the national strategy. We are sick to death in this province of reorganizations, of moving the deck chairs on the *Titanic*, that waste resources that are already confined into tighter and tighter roles that allow less and less flexibility or innovation, and that eventually gets reorganized anyway. We have had seven in my region; we have had seven directors in five years. There is something really wrong with that picture.

With the national framework or national strategy, it would be helpful to create equal access for all Canadians to mental health services, including mental health promotion, prevention, and supports. It is not equal across Canada. It is not even equal in cities and different places in British Columbia, as Martha Donnelly says. We would like to see that value based and principle based. The guidelines of the B.C. Psychogeriatric Association for best practices for mental health go across the continuum. They apply to people in the community right through to acute care. The guidelines are a set of principles, a set of values, to direct services delivery. They are based on areas that we looked at in the environmental milieu, which includes housing, the psychosocial rehabilitation model, care giving and supports needed for care providers.

We are now doing a little bit of research to evaluate the implementation of the model. However, let me say it is as usual; this is one of those situations where we did the guidelines in response to the adult mental health guidelines, which did not mention seniors; we got to do the guidelines but there was no funding to actually implement them. It is interesting that they are being picked up in other parts of Canada. We think that the values within the guidelines could create a great framework, a great basis and foundation, for any kind of national framework, which would then filter down to services.

The other thing we developed out of our project was a seniors' mental health policy lens. This lens is somewhat like a gender lens, but it takes into account sub-populations amongst seniors and population health determinants, which would be poverty, housing and so forth, that we think are important principles for healthy aging policy and mental health promotion. The lens is an analytical lens to look at the unintended negative effects that occur when policy is made at the program level or at the legislative level that has a negative impact, or can have a negative impact, on seniors. It is not that anybody intends it. It is just that

davantage à la maladie mentale. Nous parlons de services. Nous envisageons tout cela dans le cadre du système de soins de santé. C'est frustrant pour les gens qui reçoivent les services, ainsi que pour ceux qui tentent de les dispenser. Je crois que tout le monde a déjà abordé cette question.

Nos recommandations découlent de cette perspective. Nous sommes en faveur de la lutte contre les attitudes âgistes et la stigmatisation. Nous appuyons l'élaboration d'un cadre national sur le vieillissement, ou d'une stratégie nationale. Nous en avons ras le bol des restructurations effectuées dans notre province, de les voir déplacer les fauteuils de pont sur le *Titanic*, de les voir gaspiller des ressources qui sont déjà confinées dans un rôle de plus en plus restreint qui laisse de moins en moins de place pour la souplesse ou l'innovation, et cela finit par être restructuré de toute façon. Il y en a eu sept dans ma région; nous avons eu sept directeurs en cinq ans. Il y a vraiment quelque chose qui cloche.

Pour ce qui est du cadre national ou de la stratégie nationale, il serait utile de prévoir l'égalité d'accès de tous les Canadiens aux services de santé mentale, y compris les services de promotion, de prévention et de soutien de la santé mentale. L'accès n'est pas égal partout au Canada. Il n'y a même pas égalité d'accès entre les villes et divers autres endroits de la Colombie-Britannique, comme l'a signalé Martha Donnelly. Nous aimerions que cela soit fondé sur des valeurs, sur des principes. Les lignes directrices de la B.C. Psychogeriatric Association relatives aux pratiques exemplaires en matière de santé mentale englobent l'ensemble du continuum, des gens dans la collectivité jusqu'aux soins de courte durée. Les lignes directrices sont un ensemble de principes, un ensemble de valeurs, pour orienter la prestation de services. Elles sont fondées sur des aspects environnementaux que nous avons envisagés, y compris le logement, le modèle de réadaptation psychosociale, la fourniture de soins et le soutien qu'il faut offrir aux fournisseurs de soins.

Nous effectuons maintenant un peu de recherches en vue d'évaluer l'application du modèle. Toutefois, laissez-moi signaler que c'est comme d'habitude; c'est l'une de ces situations où nous avons élaboré les lignes directrices à la lumière des lignes directrices relatives à la santé mentale des adultes, qui ne mentionnent pas les aînés; nous avons pu élaborer les lignes directrices, mais il n'y avait pas de financement pour les mettre en œuvre. Vous serez peut-être intéressés d'apprendre qu'elles ont été adoptées dans d'autres régions du Canada. Nous croyons que les valeurs inhérentes aux lignes directrices pourraient constituer un cadre fantastique, une assise merveilleuse, pour toutes sortes de cadre national, et ces valeurs feraient ensuite leur chemin jusqu'aux fournisseurs de services.

Notre projet a également permis de mettre au point un outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés. Cet outil d'évaluation, qui est comparable à l'analyse comparative entre les sexes, tient compte des sous-populations d'aînés et des déterminants de la santé de la population, c'est-à-dire la pauvreté, le logement, et ainsi de suite, qui, selon nous, sont des principes importants dans le cadre d'une politique relative au vieillissement en santé et de la promotion de la santé mentale. Cet outil d'évaluation permet d'analyser les effets négatifs involontaires qui surviennent quand les politiques sont élaborées à l'échelon du



it is thoughtless because of the ageism, the way most of the expertise is confined to the health care system and various other things.

We recommend that the seniors' mental health policy lens be used as a bottom line on everything that goes to finance committees at the province and at the federal level saying, "Has this been screened with the seniors mental health policy lens?" We are seeking funding with the Population Health Fund to implement and evaluate. Again, here is a tremendous project that is in the field, with huge input for seniors and everybody else across the country, and yet it is a dead-end unless we can get funding. There is so much of that.

Another little piece that ties into this is the whole area of research, which several people have spoken about. Because of the way services are organized, et cetera, we have a devaluing or lack of value and under-funding for psychosocial approaches of the non-biomedical approaches. The reason for that, in part, is a prioritization that is created. Secondly, it is because they are not researched. They are not researched because nobody is interested in providing the funding for them. I think, privately, there is a greater interest in other areas. This pattern leads to a vicious circle where we do not have evidence, we do not even know what is going on and yet we think we are doing good work. It is innovative, but off the corner of your desk there is only so much you can do. All our membership works off the corner of their desk. We would be interested in supporting an initiative that does good data collection, that has meaning, and that looks at the broader field of health if it moves the field forward. We created a psychosocial research agenda, which we presented to the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. It is a known fact — we did some research on this — that they fund fewer psychosocial approaches, that they fund less qualitative research, far, far less, the aging and the mental health divisions both, compared to psychosocial research. We created this agenda and it is in our report here. We are asking for this report to support psychosocial research, which includes health research and systems research, and to support funding it. A national framework that rests on the guidelines, a seniors' mental health policy that is promoted for use by government, and programs, could make a huge difference to the system as we know it today. The national framework could expand that definition. It also could be based on values of seniors and values of people who want to help seniors with mental health issues.

Frankly, the way things work right now, it seems like that is the last thing that comes into play when you cut education, when you cut services and when you cut supports. It seems like the whole

programme ou à l'échelon législatif, ou qui pourraient avoir un impact négatif sur les aînés. Il ne s'agit aucunement d'effets intentionnels. C'est seulement que l'âgeisme mène à des décisions irréflechies, comme la façon dont l'expertise est confinée au système de soins de santé, et diverses autres choses.

Nous recommandons que l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés soit appliqué systématiquement à tout ce qui est soumis aux comités des finances à l'échelon provincial et à l'échelon fédéral, afin qu'on se demande : « Est-ce que cet élément a été examiné au moyen de l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés? » Nous cherchons à obtenir du financement du Fonds pour la santé de la population en vue de le mettre en œuvre et de l'évaluer. Encore une fois, voici un projet fantastique issu de gens sur le terrain, avec une énorme participation des aînés et de tout le monde à l'échelle du pays, mais c'est un cul-de-sac si nous ne trouvons pas de financement. Il y a tellement de situations comme celles-là.

Un autre élément lié à cela est l'ensemble du domaine de la recherche, dont plusieurs personnes ont déjà parlé. En raison de la façon dont les services sont organisés, etc., nous dévalorisons ou sous-évaluons et sous-finançons les approches psychosociales, les approches non biomédicales. Cela tient en partie aux priorités qui sont établies. Deuxièmement, c'est parce qu'elles ne font pas l'objet de recherches. Elles ne font pas l'objet de recherches, car personne n'est intéressé à financer cela. Je crois — personnellement — qu'on s'intéresse davantage à d'autres domaines. Cela crée un cercle vicieux où nous n'avons aucune preuve, nous ne savons même pas ce qui se passe, et, pourtant, nous croyons faire du bon travail. C'est novateur, mais il y a des limites à ce qu'on peut faire sur le coin de son bureau. Tous nos membres travaillent sur le coin de leur bureau. Nous serions intéressés à soutenir une initiative qui effectue une bonne collecte de données, qui est constructive, et qui adopte une perspective élargie à l'égard de la santé, afin d'aller de l'avant. Nous avons créé un programme de recherche psychosociale, et nous l'avons présenté aux Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Nous savons — à la lumière de recherches que nous avons menées — qu'ils financent moins d'approches psychosociales, qu'ils financent moins de recherches qualitatives, beaucoup, beaucoup moins, dans le domaine tant du vieillissement que de la santé mentale, par comparaison à la recherche psychosociale. Nous avons créé ce programme de recherche, et c'est indiqué dans notre rapport. Nous demandons que votre rapport appuie la recherche psychosociale, y compris la recherche en santé et la recherche relative aux systèmes, et appuie le financement de telles recherches. Un cadre national fondé sur les lignes directrices, la promotion de l'utilisation d'une politique de santé mentale des aînés par les gouvernements, et des programmes, pourraient changer beaucoup de choses dans le système actuel. Le cadre national pourrait étendre cette définition. Il pourrait également être fondé sur les valeurs des aînés et les valeurs des gens qui veulent aider les aînés à l'égard de problèmes de santé mentale.

Franchement, de la façon dont fonctionnent les choses à l'heure actuelle, on dirait que c'est la dernière chose qui entre en jeu quand on coupe dans l'éducation, quand on coupe dans les



system at the moment, in this province anyway, is driven by economics. Not that economics are unimportant, but as Charmaine Spencer said, bed blockers are the word of the day, and things are acute-care driven. Acute care is not a whole system. We urge the broader understanding of mental health, and the support and funding that would lead to better care and preventing things from happening.

We have several other recommendations, but those are the key ones I wanted to mention.

**Ms. Flower:** I thank all of you for being here, particularly Senate members. It is heartening for me to hear people that I have known in the field for a long time speak about the importance of our older adults. I would like to address several points quickly.

First of all, we have heard about the unique needs of older adults this morning. I would like to speak about current options. Alternative or preferred treatment models have been referred to, but I would like to expand on them because they exist. Charmaine spoke about the small number. We have only 12 in the whole country, and I think we have four in Ontario. I would like to talk about the existing resources, because we do have some resources, and a possible strategy to apply to the immediate situations and the longer term approach. I might leave these a little toward the end.

On statistics, finances, and other challenges, I am not going to speak to those. I respectfully defer to my colleagues in the room. When we look at best practices, there is a new phraseology that has come up, and it is called the three Ds; dementia, depression and delirium. These illnesses all have similar presentation. It is hard for clinicians to identify exactly what we are seeing. Then, when we see it, what do we do about it? An over-arching factor is substance use. When I speak about substance use, I am speaking about alcohol, prescription drugs, over the counter drugs and holistic preparations. I am not speaking so much about street drugs. However, these you will see come out with the greying baby boomers. There are designer drugs out there.

When you can imagine that dementia, depression and delirium can be mimicked by substance use, and also in the reverse, this makes for a very complex picture. One complication of substance misuse is that there is a physical impact, emotional impact, psychological impact, legal impact, and the list is quite long.

We also have to look at some of the other older adults. We have older adults who have concurrent disorders. We have older adults who have dual diagnosis, and this is not a phrasing that I

services, et quand on coupe dans les services de soutien. On dirait que l'ensemble du système actuel, du moins dans notre province, ne réagit qu'aux impératifs économiques. Non pas que les considérations économiques soient sans importance, mais, comme l'a déclaré Charmaine Spencer, de nos jours, on ne parle que de malades qui monopolisent les lits, et on s'attache aux soins de courte durée. Or, les soins de courte durée, ce n'est pas un système complet. Nous demandons instamment qu'une perspective élargie de la santé mentale soit adoptée, et que le soutien et le financement nécessaires soient consentis afin d'améliorer les soins et de prévenir certaines choses.

Nous avons plusieurs autres recommandations, mais ce sont les principales recommandations que je voulais mentionner.

**Mme Flower :** Je tiens à remercier tout le monde d'être ici, en particulier les sénateurs. C'est réconfortant pour moi d'entendre des gens que j'ai côtoyés sur le terrain au fil des ans parler de l'importance de nos personnes âgées. J'aimerais soulever rapidement plusieurs points.

Premièrement, on nous a parlé ce matin des besoins particuliers des personnes âgées. J'aimerais parler des options qui s'offrent à nous actuellement. D'autres ont mentionné des modèles de traitement parallèles ou privilégiés, mais j'aimerais vous fournir plus d'informations à cet égard, car ces modèles existent. Charmaine a parlé du petit nombre. Nous n'en avons que 12 dans l'ensemble du pays, et je crois que nous en avons quatre en Ontario. J'aimerais parler des ressources existantes, car nous avons effectivement des ressources, et d'une stratégie qu'on pourrait appliquer à court terme, ainsi que de l'approche à long terme. J'abandonnerai peut-être ce sujet pendant quelques instants, vers la fin.

Pour ce qui est des statistiques, des finances et d'autres défis, je ne parlerai pas de cela. Je m'en remets respectueusement à mes collègues dans la salle. Pour ce qui est des pratiques exemplaires, une nouvelle expression est née récemment, c'est-à-dire les trois D : la démence, la dépression et le délire. Toutes ces maladies se présentent de façon similaire. Il est difficile pour nous, cliniciens, de déterminer exactement ce que nous voyons. Ensuite, quand nous le voyons, comment faut-il réagir? L'un des facteurs très importants est la consommation de substances. Quand je parle de consommation de substances, je parle d'alcool, de médicaments délivrés sur ordonnance, de produits pharmaceutiques grand public, et de préparations holistiques. Il n'est pas question de substances illicites, mais leur temps viendra, quand les babyboomers vieilliront. Il y a des drogues de confection.

Il suffit de songer au fait que la démence, la dépression et le délire peuvent ressembler à la consommation de substances, et vice versa, pour comprendre que la situation est très complexe. Ce qui complique les choses, dans le cas de la consommation excessive de substances, c'est qu'il y a un impact physique, un impact émotionnel, un impact psychologique, un impact juridique, et la liste est plutôt longue.

Nous devons également nous pencher sur le cas de certaines autres personnes âgées. Nous avons des personnes âgées qui souffrent de troubles concomitants. Nous avons des personnes



hear too often. As we all age in better health, then we have to prepare our systems to speak to those particular areas. We need to ask questions. Who has the knowledge base? Who will be the service providers? Are there differences in mental illness and illnesses that are age related? What is the impact on our complete system? Where does the knowledge transfer happen?

I maintain that there is a fair amount of adequate knowledge out there. There is certainly a lot of knowledge in the field of mental health in older adults. There is little knowledge out there in the field of substance use in older adults. I particularly talk about substance use because addictions have a different connotation. There is a medical description of addiction.

We cannot limit ourselves when we work with older adults to speaking about addiction. It sends us off on the wrong field. We have to look at substance misuse as well as abuse. For substance misuse, as a clinician, I would often see that older adults often misuse their medications inadvertently, or they may be social drinkers. A couple of glasses of wine in an older person, particularly older women, as we change, can be devastating. What is the outcome of that? We see greater falls, as an example. We see a much higher use of hospitalized beds and the difficulty to get people seen. Falls alone take up a big percentage of our time and monies in hospitals. When you have this complex problem with dementias, depressions, delusions and substance misuse, we do indeed need extraordinary help in looking at what we can do.

What are possible strategies for the immediate situation? There are exemplary publications addressing older adults and health-related illness. In Ontario, PIECES is one of the areas that provide specific information on working with older adults and mental health. Suzanne Crawford will speak about the Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario, OPMHAN, who is also working in this field. There needs to be training that combines the models for mental health and substance misuse, to remove them from the silos. We are doing a grave injustice to our population. We are straining our health care system when we look at either/or. We have to look at both. I think we would see a cost reduction in the medical field if we had this ability to look at both. We do have resources. It has been said already at this table. We do have expertise in geriatrics. We have expertise in geriatric psychiatry. We have expertise in substance misuse. How do we collect this across Canada, because we need all this information? Will one-size-fits-all work for all the peoples?

âgées qui ont un diagnostic mixte, et ce n'est pas une expression que j'entends trop souvent. Quand nous en sommes à vieillir en santé, nous pouvons nous consacrer à préparer nos systèmes à tenir compte de ces cas particuliers. Nous devons poser des questions. Qui possède les connaissances? Qui dispensera le service? Y a-t-il une différence entre la maladie mentale et la maladie liée à l'âge? Quel est l'impact de l'ensemble de notre système? À quel moment le transfert des connaissances a-t-il lieu?

J'estime qu'il y a beaucoup de connaissances adéquates à acquérir. Il y a certainement beaucoup de connaissances dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées. Il y a peu d'informations dans le domaine de la consommation de substances par les personnes âgées. Je prends soin de parler de consommation de substances, car la notion de toxicomanie a une connotation différente. Il y a une description médicale de la toxicomanie.

Nous ne pouvons nous contenter, quand nous travaillons avec des personnes âgées, de parler de toxicomanie. Cela nous mène dans la mauvaise voie. Nous devons envisager tant le mauvais usage que l'abus d'une substance. Dans le cas de mauvais usage d'une substance, en tant que clinicienne, je constate que, bien souvent, les personnes âgées font mauvais usage de leurs médicaments par inadvertance, ou qu'elles sont peut-être des buveurs mondains. Vous savez, deux verres de vin, pour une personne âgée, en particulier une femme, quand notre corps change, ça peut avoir un effet dévastateur. Quel est le résultat de cela? Nous voyons un plus grand nombre de chutes, par exemple. Nous voyons une utilisation beaucoup plus élevée des lits d'hôpitaux, et on a de la difficulté à faire examiner les gens. À elles seules, les chutes comptent pour un gros pourcentage de notre temps et de nos dépenses dans les hôpitaux. Quand on est confronté à ce problème complexe de la démence, de la dépression, du délire et du mauvais usage de substances, on a effectivement besoin d'une aide extraordinaire pour déterminer ce qu'on peut faire.

Quelles sont les stratégies à court terme possibles? Il y a des publications exemplaires qui se penchent sur les enjeux de santé liés aux personnes âgées. En Ontario, PIECES est l'un des programmes qui fournit des renseignements spécifiques sur le travail avec les personnes âgées dans le domaine de la santé mentale. Suzanne Crawford parlera de l'Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario, OPMHAN, qui travaille également dans ce domaine. Il faut dispenser une formation qui combine les modèles relatifs à la santé mentale et au mauvais usage de substances, pour éliminer le cloisonnement. Nous sommes gravement injustes envers notre population. Nous exerçons des pressions énormes sur notre système de soins de santé quand nous hésitons entre deux possibilités. Nous devons envisager les deux. Je crois que nous pourrions réduire les coûts dans le domaine médical si nous avions cette capacité d'envisager les deux options. Nous avons les ressources nécessaires. Quelqu'un a déjà mentionné cela



No, it will not. However, if we have a good base, then we can extrapolate what we need for specifics.

There are geographic challenges; urban and rural, to say nothing about the breadth and width of the country. What influences the content, and who are we trying to reach? As Dr. Donnelly said, we are trying to reach everyone. Doctors receive a lot of education. As a clinician, and as I see the lesser education for people who provide greater input and support for older adults, I have to look at the personal care support workers; people who do amazing work, who are often in the older person's home and who are in all the support institutions, if you will.

As we look across Ontario, it is a little scary because we have people who are good-hearted, who do good work, but have no knowledge of dementias, depressions and substance misuse. This is important because we do not have to train everyone to know all these things but we have to train people, I suggest respectfully, to recognize behaviours and to respond to behaviours of the older adult in a way that is respectful and that will set up a good therapeutic union. Therapeutic unions are researched to be 40 per cent of helping older adults, of helping any of us, to maintain better mental health.

What do we know? I think we have available materials that have been proven in the field. There has been education to service providers across Ontario that has proved successful. We cannot keep up with the demand. There needs to be training that combines the models of mental health and substance misuse, and that removes the silos. I know I have repeated that, but it is so key for me.

What are some of the models? In Ontario, we have the Community Outreach Programs in Addictions, COPA in Toronto, which was started 22 years ago. Then there is Older Persons Unique Solutions 55, OPUS 55. I used that model at the Centre for Addiction and Mental Health. There is Sister Margaret Smith Centre in Thunder Bay, Lifestyle Enrichment for Senior Adults, LESA, in Ottawa, and the Peel Addiction Assessment and Referral Centre, PAARC, in Mississauga. We have a dense population, and our peoples are older adults that are expected to travel far afield for services.

aujourd'hui. Nous avons l'expertise en gériatrie. Nous avons l'expertise en géronto-psychiatrie. Nous avons l'expertise dans le domaine du mauvais usage de substances. Il nous faut déterminer comment recueillir cette information partout au Canada, car nous avons besoin de cette information. Est-ce qu'une solution universelle conviendra à tout le monde? Non, elle ne conviendra pas. Toutefois, si nous avons une bonne base, nous pourrions extrapoler et nous adapter à chaque situation.

Il y a des défis géographiques : il y a des régions urbaines et des régions rurales, et que dire de l'étendue de notre territoire national. Qu'est-ce qui influe sur le contenu, et qui devons-nous tenter de joindre? Comme l'a déclaré la Dre Donnelly, nous essayons de joindre tout le monde. Les médecins bénéficient de beaucoup d'éducation. À titre de clinicienne, quand je vois les services d'éducation inférieurs offerts aux gens qui fournissent une plus grande contribution et qui soutiennent davantage les personnes âgées, je dois me tourner vers les travailleurs qui dispensent des soins personnels et fournissent de l'aide aux malades; des gens qui font un travail merveilleux, qui se rendent souvent chez les personnes âgées, et qui sont dans tous les établissements de soutien, si vous me permettez l'expression.

Lorsqu'on envisage la situation à l'échelle de l'Ontario, c'est un peu effrayant, car nous avons des gens qui ont bon cœur, qui font du bon travail, mais qui ne possèdent aucune connaissance à l'égard de la démence, de la dépression et du mauvais usage de substances. C'est important parce que nous n'avons pas à veiller à ce que tout le monde sache toutes ces choses, mais j'avance respectueusement que nous devons former les gens afin qu'ils puissent reconnaître les comportements et réagir aux comportements de la personne âgée de façon respectueuse, afin de favoriser l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Les recherches montrent que la relation thérapeutique représente 40 % de l'aide offerte aux personnes âgées, de l'aide offerte à toute personne, pour favoriser une meilleure santé mentale.

Que savons-nous? Je crois que nous avons de la documentation dont le contenu a été prouvé sur le terrain. Des services d'éducation ont été dispensés avec succès à des fournisseurs de services de partout en Ontario. Nous ne pouvons suffire à la demande. Il faut offrir une formation qui combine les modèles relatifs à la santé mentale et au mauvais usage de substances, et qui élimine le cloisonnement. Je sais que j'ai déjà dit cela, mais c'est un élément clé pour moi.

Quels modèles avons-nous? En Ontario, nous avons les Community Outreach Programs in Addictions, les COPA, à Toronto, qui ont vu le jour il y a 22 ans. Ensuite, il y a les Older Persons Unique Solutions 55, OPUS 55. J'ai utilisé ce modèle au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Il y a le Sister Margaret Smith Centre, à Thunder Bay, Enrichissement de la vie des aînés, LESA, à Ottawa, et le Peel Addiction Assessment and Referral Centre, le PAARC, à Mississauga. Nous avons une population dense, et nos gens sont des adultes âgés qui doivent faire beaucoup de chemin pour obtenir les services.



There are some main tenets in this. Why does it differ? These programs accept people that are still using, which in the addiction field is an amazing concept; why would you let someone come who is still using? That becomes a barrier.

Where we can, we do home visits. I work from a hospital. Home visits are not available to me. They are simply too expensive. People have to come to me. We work in a harm reduction model that has been indicated and is certainly supported by the World Health Organization.

We work where the client is at. This is really important because when we talk about being client-centered, not all of us have the same understanding of what we mean by client-centered. When you are client-centered in an addiction field, there is an agreement already happening between the counsellor and the individual in the room. That agreement is, the problem is substance misuse. When you are truly client-centered in working with older adults, one of the so important pieces is that the client, the older adult, identifies what the problem is for them, and you help them work on it. That problem is seldom substance misuse, so a lot of work has to be done. I think we have a lot of possibilities. I am positive that we can make steps; that we can introduce short-term resolution. I think, of course, the longer term recommendations, what we have to look at in curriculums right across the board, are important, and these have already been brought up to the table.

**Ms. Crawford:** As I said earlier, I represent two different hats. One is the Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario, OPMHAN. In the submission there is a whole background in terms of how the network started, our key objectives, and what we are working on right now, et cetera, so I will not go over all that. It is nice to go almost last because I can then summarize what everybody else has said in regards to some of the network suggestions also.

The network totally supports the need for research so that we can fully understand the extent of older adults and seniors with mental health and addictions issues. We definitely recommend a national campaign to fight stigma and raise awareness. We definitely agree in regards to education and training, especially for those doing the hands-on practical support in the seniors home, day after day. We need the clinical component, but we also need that hands-on practical daily support. That is what really fills the gap.

Now I will throw on my housing hat and talk a little bit in regards to LOFT Community Services and supportive housing. OPMHAN recognizes that we need to study existing successful initiatives, and we need to invest in supportive housing and other housing models created to meet the needs of older persons with mental health and addictions issues. As the program director of a large supportive housing program in Toronto, I get calls daily,

Cela s'appuie sur de grands principes. Pourquoi est-ce que ça diffère? Ces programmes acceptent des gens qui consomment toujours, ce qui, dans le domaine du traitement de la toxicomanie, est étonnant; pourquoi accepterait-on quelqu'un qui consomme toujours? Ça devient un obstacle.

Là où nous le pouvons, nous faisons des visites à domicile. Je travaille à partir d'un hôpital. Je ne peux pas faire de visites à domicile. Elles coûtent simplement trop cher. Les gens doivent venir à moi. Nous travaillons dans le cadre d'un modèle de réduction des méfaits qui a été indiqué, et qui est assurément soutenu par l'Organisation mondiale de la santé.

Nous travaillons là où est le client. C'est vraiment important, parce que lorsqu'on parle de mettre l'accent sur le client, on ne s'entend pas tous sur ce que ça veut dire. En traitement de la toxicomanie, lorsqu'on est axé sur le client, le conseiller et la personne, lorsqu'ils se rencontrent, s'entendent déjà sur une chose. Ils s'entendent pour dire que le problème, c'est la surconsommation de substances. Lorsqu'on met vraiment l'accent sur le client quand on travaille avec des adultes âgés, l'une des choses les plus importantes, c'est que le client, l'adulte âgé, détermine son problème, et on l'aide à y travailler. Le problème dont on parle, c'est rarement la surconsommation, et donc, il y a beaucoup de travail à faire. Je crois que beaucoup de possibilités s'offrent à nous. Je suis certaine que nous pouvons faire des progrès; que nous pouvons trouver une solution à court terme. Bien sûr, je pense que les recommandations de solutions à plus long terme, ce que nous devons examiner dans les programmes en général, sont importantes, et on en a déjà parlé.

**Mme Crawford :** Comme je l'ai dit plus tôt, je représente deux organisations. L'une est le Older Persons Mental Health and Addictions Network de l'Ontario, ou l'OPMHAN. Dans le mémoire, il y a une foule de renseignements généraux relativement aux origines du réseau, à nos objectifs clés et à ce sur quoi nous travaillons actuellement, etc., et donc, je n'en parlerai pas. C'est bien de passer presque la dernière parce que je peux résumer ce que tout le monde a dit relativement à certaines suggestions du réseau.

Le réseau est entièrement d'accord pour dire qu'il faut davantage de recherches pour que nous puissions comprendre toute l'ampleur des problèmes de santé mentale et de toxicomanie des adultes âgés et des aînés. Nous recommandons certainement l'élaboration d'une campagne nationale pour combattre la stigmatisation et sensibiliser la population. Nous sommes résolument pour l'éducation et la formation, surtout auprès des personnes qui assurent un soutien pratique dans les foyers de personnes âgées, jour après jour. Nous avons besoin de l'aspect clinique, mais nous avons également besoin de ce soutien pratique quotidien. C'est ça qui fait toute la différence.

Maintenant, je vais laisser de côté mes intérêts pour ce qui est des foyers, et je vais vous parler un peu des LOFT Community Services et du logement supervisé. L'OPMHAN reconnaît que nous devons étudier des initiatives fructueuses, et nous devons investir dans le logement supervisé et d'autres modèles de logement pour répondre aux besoins des personnes âgées qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et de



and I do not get calls asking me, what are the statistics, where are the research? I get calls saying, "My mother will be evicted at the end of the month because she has a mental illness. Where is she going to live?" Those are the calls I get daily.

St. Anne's Place is one of our newest programs. It has been in existence for only three years. After six months we were full, and we have 200 people sitting on the wait list right now. These are the people we serve: those living on the margins, the homeless, the victims of elder abuse, the poorest of the poor, the frail and those that do not have any family support. Many of them are living with serious and chronic mental illness.

When we talk about serious and chronic mental illness, we are not talking about Alzheimer's and dementia, which everybody automatically assumes. We are talking about the older adult and senior who have lived their life with schizophrenia, bipolar disorder, or a personality disorder. Because people are aging, obviously we are going to see that more often. These people are probably the most difficult, the most vulnerable and the most forgotten people that we serve.

Why does supportive housing work? We think it works because we promote recovery and independence. We have heard this over and over. We focus on safety. We focus on the physical space. We focus on the 24-hour hands-on support.

As I said, we need our psychiatrists. We need our clinicians, but you know what? They come into the home. They are there for an hour and they leave. Who is there for 24 hours a day? It is the supportive housing, and it is the supportive housing in a psychosocial model. It offers security. It offers peace of mind. It offers flexibility. It offers creativity where these individuals, the older adults and seniors with mental health and addictions issues, can live in the community. I am talking again about in the community, living with the respect and the dignity they so deserve. In fact, supportive housing may be one of the few alternatives there are for older adults and seniors with mental illness and addictions.

We have attached a number of vignettes in our submission, and I want to tell one story. This is one story out of thousands. It is about a doctor of psychiatry who became mentally ill in his late thirties and has lived with a mental illness for his adult life. He is now 76 years old, and he also has some serious addiction issues to prescribed pain medication. He was in a large general hospital in downtown Toronto where he had been for six months. They needed respite from him. They could not deal with him any more so he was sent to the large psychiatric facility, the Centre For Addiction And Mental Health.

toxicomanie. En tant que directrice d'un vaste programme de logements supervisés à Toronto, tous les jours, je reçois des appels, mais personne ne me téléphone pour me demander quelles sont les statistiques, et où sont les recherches? Des gens me téléphonent et me disent : « Ma mère sera expulsée à la fin du mois parce qu'elle souffre d'une maladie mentale. Où va-t-elle vivre? » C'est le genre d'appels que je reçois chaque jour.

St. Anne's Place est l'un de nos plus récents programmes. Il n'existe que depuis trois ans. Après six mois, nous affichions complet, et actuellement, nous avons 200 personnes sur la liste d'attente. Les personnes que nous servons sont celles qui vivent en marge de la société, les itinérants, les victimes de violence faite aux aînés, les plus pauvres parmi les pauvres, les personnes fragiles et celles qui n'ont aucun soutien familial. Bon nombre d'entre elles souffrent d'une grave maladie mentale chronique.

Lorsqu'on parle de maladie mentale chronique grave, on ne parle pas de la maladie d'Alzheimer ni de la démence, comme tout le monde pourrait tout de suite penser. On parle des adultes âgés et des personnes âgées qui ont souffert toute leur vie de schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble de la personnalité. Comme les gens vieillissent, c'est certain que nous allons voir plus souvent ce genre de cas. Ces personnes sont probablement les plus difficiles, les plus vulnérables et les plus oubliées que nous servons.

Pourquoi est-ce que le logement supervisé fonctionne? Nous pensons que ça fonctionne parce que nous visons la guérison et l'indépendance. Nous l'avons entendu encore et encore. Nous mettons l'accent sur la sécurité. Nous mettons l'accent sur l'espace physique. Nous mettons l'accent sur le soutien pratique 24 heures sur 24.

Comme je l'ai dit, nous avons besoin de nos psychiatres. Nous avons besoin de nos cliniciens, mais vous savez quoi? Ils vont dans les foyers. Ils sont là pendant une heure, puis ils partent. Qui est là 24 heures sur 24? C'est le logement supervisé, et c'est le logement supervisé dans le cadre d'un modèle psychosocial. Ça offre une sécurité. Ça offre une paix d'esprit. Ça offre de la souplesse. Ça offre de la créativité là où ces personnes, les adultes âgés et les aînés qui sont aux prises avec un problème de santé mentale et de toxicomanie, peuvent vivre dans la collectivité. Je parle encore une fois de la vie dans la collectivité, de vivre dans le respect et la dignité qu'elles méritent. En fait, le logement supervisé pourrait constituer l'une des rares solutions de rechange pour les adultes âgés et les aînés qui souffrent d'une maladie mentale et de toxicomanie.

Nous avons joint un certain nombre de capsules à notre mémoire, et je voudrais vous raconter une histoire. C'est une histoire entre mille. C'est l'histoire d'un docteur en psychiatrie qui est devenu malade mental à la fin de la trentaine et qui a vécu avec une maladie mentale pendant toute sa vie adulte. Aujourd'hui, il a 76 ans, et il est fortement dépendant d'analgésiques vendus sur ordonnance. Il était dans un gros hôpital général du centre-ville de Toronto, où il a vécu pendant six mois. On a voulu s'en débarrasser. On ne pouvait plus s'en occuper, et on l'a donc envoyé dans un grand établissement psychiatrique, le Centre de toxicomanie et de santé mentale.



They did not know where to put him and what to do with him. They did not even know what field he should be on in the hospital. While he was in CAMH they tried to house him in two separate long-term-care facilities, nursing homes. He was evicted from both in less than two weeks by the police. Here is this 76-year-old gentleman with terrible mental illness and addictions issues: Where is he going to go? There is no place for him to go. St. Anne's Place took a huge leap of faith, which is what LOFT stands for, and we thought, with our flexibility, with our creativity, with the 24-hour hands-on support, we could probably provide a great housing situation for him.

Needless to say, he moved in three years ago. He was probably one of our first tenants, and he is still with us today. He has been able to re-connect with his family. He is now off his OxyContin, which he was addicted to. Has it been easy? No, it has not been easy.

In terms of supportive housing and where it can fill that gap, this gentleman now has his own one-bedroom apartment in the community with the proper supports and assistance, and did not need to be placed inappropriately in a long-term-care facility. I could go on and on forever about the housing part.

Back to the Older Persons Mental Health and Addictions Network, we feel that a national coalition of provincial older persons mental health and addiction networks, in collaboration with the Canadian Coalition for Seniors Mental Health, and other national partners, should be started in each province and territory within Canada. The network in Ontario, which was started over two years ago, now has over 60-plus members of it. The network works together to bring all the issues and concerns of not only the clinicians and staff that are working with older persons with mental health and addictions, but also the families, the caregivers, and the consumers themselves. The network brings them together to work towards building all the information that we need to support them.

**Dr. Drance:** I can add one element to this conversation that is perhaps more specific, and that is talking about the population of people, of frail elders who live with us in residential care environments, the step past the supportive housing environments. One thing that we need to talk about in terms of developing strategies nationally is that the people who live with us now are incredibly complex in terms of their mental health and addiction needs. Of the people who come to live with us now, 80 per cent to 90 per cent have significant cognitive impairment or dementia and would previously have lived in the provincial mental hospitals. Our model of keeping people close to home, close to their communities, close to their families is an absolutely ideal scenario. However, to do that in a way that honours the individuals, we must therefore increase our staffing levels commensurate with the complexity. Education is a wonderful

On ne savait pas où le mettre ni ce qu'on devait faire avec lui. On ne savait même pas dans quelle unité le placer dans l'hôpital. Pendant son séjour au CTSM, on a essayé de l'héberger dans deux établissements de soins de longue durée, des foyers de soins infirmiers. La police l'a expulsé des deux établissements en moins de deux semaines. On a ici un monsieur de 76 ans qui souffre de très terribles problèmes de santé mentale et de toxicomanie : où va-t-il aller? Il n'a nulle part où aller. St. Anne's Place a fait un énorme acte de foi. En anglais, on appelle ça un leap of faith, et c'est ce que signifie LOFT. Nous nous sommes dit que, avec notre marge de manœuvre, notre créativité et notre soutien pratique 24 heures sur 24, nous pouvions probablement lui offrir une belle formule de logement.

Cela va sans dire, il a déménagé il y a trois ans. C'était probablement l'un de nos premiers locataires, et il est toujours avec nous aujourd'hui. Il a pu renouer avec sa famille. Aujourd'hui, il ne prend plus d'OxyContin, médicament dont il était totalement dépendant. Est-ce que cela a été facile? Non, cela n'a pas été facile.

En ce qui concerne le logement supervisé et ce que ça peut faire pour combler les lacunes, ce monsieur a maintenant son propre trois et demi dans la collectivité, et il bénéficie de l'aide et du soutien appropriés, et il n'a pas besoin d'être placé contre son gré dans un établissement de soins de longue durée. Je pourrais continuer comme ça encore longtemps pour ce qui est du logement.

Mais revenons au Older Persons Mental Health and Addictions Network. Nous estimons qu'une coalition nationale de réseaux provinciaux de personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, en collaboration avec la Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés et d'autres partenaires nationaux, devrait être instaurée dans chaque province et chaque territoire du Canada. Le réseau ontarien, qui a vu le jour il y a deux ans, compte maintenant plus de 60 membres. Les membres du réseau travaillent de concert à faire connaître tous les problèmes et toutes les préoccupations non seulement des cliniciens et du personnel qui travaillent avec les personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, mais également des familles, des soignants et des bénéficiaires eux-mêmes. Le réseau les réunit et travaille à colliger toute l'information dont nous avons besoin pour les soutenir.

**La Dre Drance :** Je peux ajouter quelque chose de peut-être un peu plus spécifique à cette conversation. Ça porte sur les gens, les personnes âgées fragiles, qui vivent avec nous dans les foyers de soins en établissement, l'étape qui succède au logement supervisé. L'une des choses dont nous devons parler au sujet de l'élaboration de stratégies à l'échelle nationale, c'est que les gens qui vivent avec nous actuellement ont des besoins en santé mentale et en toxicomanie incroyablement complexes. Parmi les personnes qui vivent avec nous actuellement, de 80 à 90 p. 100 souffrent de déficiences cognitives importantes ou de démence. Avant, elles auraient été placées dans des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Notre modèle, selon lequel on permet aux gens de rester près de chez eux, près de leur collectivité, près de leur famille, est un scénario absolument idéal. Cependant, pour le faire tout en respectant les gens, nous devons accroître notre effectif en



thing, but you can educate until the cows come home, and if you have only 2.2 hours of care, you can only deliver so much person-centered care.

I would like to commend the committee for its focus on person-centered care. One issue I would like to raise is: How do we define person-centered care? Margaret Flower raised that issue: How do we define the care that we deliver to people so that we honour their values and their needs within the system of care that we have? I think we have done a fair amount of education with hands-on staff and the interdisciplinary team as a whole, with respect to the biomedical issues of delirium, dementia and depression.

I do not think we have gone past that, as Penny MacCourt says, to discuss the biopsychosocial issues, and the well-being issues. Our long-term care environments have been hammered away in terms of cuts to the point that we are providing people with custodial care. We need to be clear on that. Despite the fact that we want to provide vibrant communities where people will thrive until the day they die, that is not what we are currently able to do. Our model of care is an institutional model. It is based on an acute-care model, and that is fine if you have an acute illness. However, if you live in a care home, you need to live in an environment that is a community and not a hospital or an institution. Our physical environments mimic that. Currently, we have these large institutions that look like a hospital. If it looks like a hospital, people behave as if it is a hospital.

We need to redesign our physical environments so they are much more in keeping with the supportive housing, the smaller groupings of people, so they can actually thrive and they are at home.

My other comment on that is that we do not have the research. We say that we have best practices, and we all say that we know what we need to do. As Penny says, our research funding agencies do not fund us to say that yes, when we change the environment, we can prevent more rapid cognitive decline for people with dementia, or we can prevent depression. While there has been an emphasis and a correct emphasis on making sure we have mental health services for people in residential care, I think with the whole notion of prevention and health promotion, we may not need as many mental health resources if we have environments where people naturally thrive.

I think that sums it up. I want to be concise in my comments. It was interesting to hear all the people around the room comment from their various perspectives and see the common threads that run through all our desires and hopes for seniors in the future.

proportion de la complexité. L'éducation est une merveilleuse chose, mais on peut éduquer les gens jusqu'à la fin des temps, et si n'on offre que 2,2 heures de soins, tant pis pour les soins axés sur la personne.

J'aimerais féliciter le Comité de mettre l'accent sur les soins axés sur la personne. Voici l'une des questions que j'aimerais soulever : comment définit-on les soins axés sur la personne? Margaret Flower a posé la question suivante : comment définissons-nous les soins que nous dispensons aux gens de façon à respecter leurs valeurs et leurs besoins dans le système de soins qui est le nôtre? Je crois que nous avons passablement éduqué le personnel sur le terrain et l'équipe interdisciplinaire dans son ensemble, en ce qui a trait aux questions biomédicales qui entourent le délire, la démence et la dépression.

Je ne crois pas que nous ayons fait, comme Penny MacCourt l'a dit, le tour de la question des enjeux biopsychosociaux et des préoccupations qui touchent le mieux-être. On s'est acharné sur nos établissements de soins de longue durée à coût de compressions, au point où nous dispensons seulement des soins en milieu surveillé. Comprenons-nous bien. Malgré le fait que nous voulons créer des collectivités vivantes où les gens s'épanouissent pleinement jusqu'à la fin de leurs jours, ce n'est pas ce que nous sommes actuellement capables de faire. Notre modèle de soins est un modèle institutionnel. Il se fonde sur un modèle de soins actifs, et c'est parfaitement correct si on souffre d'une maladie aiguë. Cependant, si on vit dans un foyer de soins, on a besoin de vivre dans un environnement qui est une collectivité, et non pas un hôpital ou un établissement. Nos environnements physiques imitent ces milieux. Actuellement, nous avons d'énormes établissements qui ressemblent à des hôpitaux. Si ça ressemble à un hôpital, les gens se comportent comme s'il s'agissait d'un hôpital.

Nous devons restructurer nos milieux physiques pour qu'ils ressemblent davantage à des logements supervisés et qu'ils regroupent un plus petit nombre de gens, afin que ces personnes puissent s'épanouir et se sentir chez elles.

L'autre chose que j'aimerais dire à ce sujet, c'est que nous n'avons pas de recherche. Nous disons que nous avons des pratiques exemplaires, et nous disons tous que nous savons ce que nous devons faire. Comme Penny l'a dit, nos organismes de financement de la recherche ne nous financent pas pour dire que oui, lorsque nous changeons l'environnement, nous pouvons prévenir le déclin cognitif plus rapide des gens qui souffrent de démence, ou nous pouvons prévenir la dépression. Même si on s'est efforcé de s'assurer que nous offrons des services de santé mentale aux personnes qui reçoivent des soins en établissement, et que nous avons eu raison de le faire, je crois que, dans tout le concept de la prévention et de la promotion de la santé, nous pourrions ne pas avoir besoin d'autant de ressources en santé mentale si nous offrions des milieux où les gens se développent naturellement.

Je crois que ça résume ce que je veux dire. Je veux être concise. Ça a été intéressant d'entendre tous les gens dans la salle présenter leurs divers points de vue et de voir les fils conducteurs qui lient tous nos désirs et tous nos espoirs futurs pour les personnes âgées.



**The Chairman:** May I thank all of you.

I have been making notes, and I think that as Elizabeth said, there are about four themes that cross what everybody said. We will try to organize a discussion around those four themes. We can talk about one for a while, and then move on. Those of us on the committee will chime in with questions and comments as we go. It will be a round-table format.

Let me put three of four themes that emerged on the table, and then we will let people take them one at a time. One theme that appeared in a number of your statements was the question of the linkage between primary care and mental health in general, and seniors mental health in particular. In other words, I think it was Martha Donnelly who made the observation that we clearly need to find, as we do in primary-care reform, a way of making new multi-disciplinary primary-care group practices able to deal with mental health issues and seniors mental health issues in particular. The question is: How can we do that? How do we get from where we are to there? That is, in part, an organizational question. The other organizational question has to do with the housing issue, whether they are nursing homes or supportive housing. As Elizabeth said, places that look like hospitals will behave like hospitals, et cetera. What are the specific things that need to be done on the housing question?

The third issue that is clearly out there is: How do we know if we are making any progress? I think Ken Moselle suggested that we collect data on things that people are able to collect data on, whether the data is what you really want to know about the system or not. It reminds me of that old cartoon about the guy who drops his money and looks for it under the light post because that is the only place that he can see. Again, it would help us to understand what are the outcomes that we ought to push for in terms of actually getting them measured, which ties into the broader question: what is the research plan that needs to be done?

Then, there were three other issues that people may want to comment on. One, I was struck by the training question for front-line workers. My gut tells me that is a big gap. I do not know if it is. My instinct says, whenever we think of training we think of professionals, and when we think of front-line workers, they are the last people who are trained. In some sense partly related to that is the issue of both training and support for family caregivers: the training because they often do not understand it, and the support because they need respite and a variety of other things.

**Le président :** Merci à chacun de vous.

J'ai pris des notes, et je crois que, comme l'a dit Elizabeth, environ quatre thèmes ressortent de ce que les gens ont dit. Nous allons essayer d'organiser une discussion autour de ces quatre thèmes. Nous pouvons parler d'un thème pendant un moment, et ensuite, passer à un autre thème. Au fil de la discussion, les membres du Comité mettront leur grain de sel en posant des questions et en formulant des observations. Ce sera une table ronde.

Je vais dégager trois des quatre thèmes qui sont ressortis de la discussion, et ensuite, nous allons permettre aux gens de les aborder un à la fois. L'un des thèmes qui se sont dégagés d'un certain nombre de vos commentaires, c'est la question du lien entre les soins primaires et la santé mentale en général, et la santé mentale des personnes âgées, en particulier. Autrement dit, je crois que c'est Martha Donnelly qui a fait observer que nous devons vraiment trouver, comme nous le faisons dans la réforme des soins primaires, une façon de faire en sorte que les nouvelles pratiques collectives de soins primaires multidisciplinaires puissent porter sur les problèmes de santé mentale, en particulier ceux des personnes âgées. La question est la suivante : comment pouvons-nous faire cela? Comment, d'où nous nous trouvons, pouvons-nous nous rendre là? C'est en partie une question organisationnelle. L'autre question organisationnelle concerne le logement, qu'il s'agisse de foyers de soins infirmiers ou de logement supervisé. Comme Elizabeth l'a dit, les endroits qui ressemblent à des hôpitaux se comportent comme des hôpitaux, etc. Que devons-nous faire de spécifique en ce qui concerne la question du logement?

La troisième question à laquelle nous devons manifestement répondre est la suivante : comment savons-nous si nous faisons des progrès? Je crois que Ken Moselle a laissé entendre que nous recueillons des données sur des choses sur lesquelles les gens sont capables de recueillir des données, que les données constituent vraiment ce qu'on veut savoir au sujet du système ou non. Ça me rappelle ce vieux dessin animé du gars qui échappe son argent et le cherche en dessous du lampadaire parce que c'est le seul endroit qu'il peut voir. Là encore, ça nous aiderait à comprendre quelles issues nous devrions favoriser afin de les mesurer, ce qui nous amène à la grande question : quel est le programme de recherche qu'il faut effectuer?

Ensuite, il y avait trois autres questions sur lesquelles les gens peuvent formuler des commentaires. Premièrement, j'ai été frappée par la question relative à la formation des travailleurs de première ligne. Mon petit doigt me dit que c'est une grande lacune. Je ne sais pas si ça l'est. Mon instinct me dit que, lorsque nous pensons formation, nous pensons professionnels, et que, lorsqu'on pense aux travailleurs de première ligne, ce sont les dernières personnes à être formées. Dans un certain sens, la question de la formation et du soutien des aidants naturels est en partie liée à cet enjeu : la formation, parce que, souvent, ils ne la comprennent pas, et le soutien, parce qu'ils ont besoin de soins de relève et de diverses autres choses.



We only had one brief comment from someone on the cultural diversity issue, which I would include in the Aboriginal issue. I was struck by Margaret's comment in her document. It is not something she said, but I will read you the sentence.

Margaret, at some point you can explain why you said this. You said, "Providing language interpreters who are culturally competent seems the current option with respect to multicultural cases." However, you then say, "but this is not necessarily the most client-centered" approach, which blows my mind since we had always understood that the client-centered approach simply meant finding someone who understands the culture and the language and you solve the problem. I would like you to expand on that at some point.

I suggest that we organize the rest of the day around those themes and any other additional ones that come up.

With that background, I would ask my colleagues if they have any other specific issues we ought to raise.

**Senator Pépin:** I was happy to hear you bring us all your expertise and for us, it is really wonderful. It will help us draft a much better report.

The discussion was about the elderly in general. Canada these days, and B.C. in particular, comprises many people from multicultural communities. How do we respond to the needs of the elderly who come from different multicultural societies? How do they have access to service delivery in their own languages? Also, are the nurses, doctors, and people who give the service trained with the dimensions of the different cultural society?

We heard representations in Toronto and were told that it is difficult to have access to, and to find, doctors who can understand where different cultures are coming from. These people often cannot find good housing and good services. Many of them do not speak English correctly. What can we do to help them? What services are available right now, and what can we do to improve delivery? I am speaking about the Chinese, Sikh and Hindu communities.

I will leave it to my colleague, Senator Gill, to discuss the Aboriginal situation. To my mind, however, it is important that we address that question, because Canada is becoming increasingly a multicultural society, and it is important to deliver services to people in their own cultural context.

**Senator St. Germain:** My question relates to Aboriginal issues, because as you know, Mr. Chairman, I have been sitting on that committee for I think 100 years. I have sat with Senator Gill on it.

I would like to know from the experts and the professionals in the field whether there is going to be special consideration for Aboriginals. The normal structures may not necessarily apply, or work, in the situation of our Aboriginal communities, especially

Nous n'avons eu qu'un bref commentaire au sujet de la question de la diversité culturelle, question que j'aimerais inclure dans le thème des Autochtones. J'ai été frappée par ce que Margaret a dit dans son document. Ce n'est pas quelque chose qu'elle a dit, mais je vais vous lire la phrase.

Margaret, à un moment donné, vous pourrez expliquer pourquoi vous avez dit cela. Vous avez dit : « Actuellement, on semble affecter aux cas multiculturels des interprètes qui connaissent la culture des bénéficiaires. » Cependant, ensuite, vous dites : « mais ce n'est pas nécessairement l'approche la plus axée sur le client », et ça me dépasse, parce que nous avons toujours cru comprendre que l'approche axée sur le client signifiait simplement trouver quelqu'un qui comprend la culture et la langue, et que le problème était réglé. J'aimerais que vous élaboriez votre pensée à un moment donné.

Je suggère de structurer le reste de la journée autour de ces thèmes et de tout autre thème qui pourrait émerger.

Cela dit, je demanderais à mes collègues s'ils ont d'autres questions spécifiques à soulever.

**Le sénateur Pépin :** J'ai été heureuse d'entendre chacun de vous nous faire part de son expertise. Pour nous, c'est vraiment merveilleux. Ça va nous aider à rédiger un bien meilleur rapport.

La discussion a porté sur les personnes âgées en général. Le Canada, de nos jours, et la Colombie-Britannique, en particulier, se composent de beaucoup de gens qui viennent de collectivités multiculturelles. Comment pouvons-nous répondre aux besoins des personnes âgées issues de différentes sociétés multiculturelles? Comment ont-elle accès à des services dans leur propre langue? De plus, le personnel infirmier, les médecins et les gens qui offrent le service sont-ils formés relativement à la diversité culturelle?

Nous avons entendu des exposés à Toronto, et on nous a dit qu'il est difficile de trouver un médecin qui comprend les cultures différentes. Souvent, ces personnes ne peuvent trouver un bon logement ni de bons services. Bon nombre d'entre elles ne parlent pas correctement l'anglais. Que pouvons-nous faire pour les aider? Quels services sont offerts actuellement, et que pouvons-nous faire pour améliorer la prestation des services? Je parle des collectivités chinoises, sikhes et hindoues.

Je vais laisser à mon collègue, le sénateur Gill, le soin de parler de la situation des Autochtones. Cependant, à mon avis, il importe que nous examinions cette question parce que le Canada devient de plus en plus une société multiculturelle, et il est important d'offrir des services aux gens dans leur propre contexte culturel.

**Le sénateur St. Germain :** Ma question porte sur les enjeux des Autochtones, parce que, comme vous le savez, monsieur le président, je fais partie de ce comité depuis 100 ans, je crois. J'en fais partie, au même titre que le sénateur Gill.

J'aimerais que des experts et des professionnels du domaine nous disent si on va accorder une attention spéciale aux Autochtones. Les structures normales pourraient ne pas nécessairement s'appliquer, ou fonctionner, dans la situation de



with our elders because many of them live on reserves. A lot of them are moving into the urban areas of our major cities now, so it has to be a concern.

I am also an Aboriginal under section 35. I am Metis, and we have tremendous problems with our people regarding addiction. It is moving from alcohol into various other areas. Will the committee's report reflect this? I am sure it will, Mr. Chairman, but it would be nice to get some input from the Metis. I can assure you that it is a challenging committee to sit on, the Standing Senate Committee on Aboriginal Affairs. We have a complexity of social issues to deal with, with our people. I would like feedback from the experts here this morning. If we do not get it by way of delivery at the table here, possibly we could get something sent to us by way of a written report.

**Senator Trenholme Counsell:** I want to thank you all for being here. This is a remarkable group of experts and people with passion and dedication to seniors.

We are speaking to seniors here today, and we are sensitive about this. First, I agree with what has been said. I am worried about the lack of reference to rural people. Rural Canada was mentioned once, I think, with respect to immigrants and Aboriginals in all this discussion, but especially the immigrant population.

Suzanne Crawford really touched me because from my experience, a long while of practising medicine, when she talked about elder abuse, the frail and the poorest of the poor, I really felt she was coming to the heart of the matter. To me, that is the most painful and most challenging part of it. I want to put this out for our discussion, Senator Kirby, and we have to have the experts.

We have to have the experts in every part of health: orthopaedics, dermatology, gerontology and so on. Most of us here today are seniors. Where do you draw lines? This week, mandatory retirement is going out the door, and so on. I listened carefully and I heard very little discussion about family. Every one of us knows that not everyone is so fortunate as to be in a family, so we are a family of Canadians. We talk about breaking down the silos, but we are almost creating another one in the sense of the life cycle. When you talk about a senior who is alone in a room, depressed and maybe abusing drugs, many of the factors are the same as a young person who is in that situation, or a depressed mother. There is so much overlapping in all this.

Yes, two glasses of wine will have a much worse impact on a senior than it would on someone who is 40. Of course, in the whole life spectrum there are all these differences.

nos collectivités autochtones, surtout en ce qui concerne nos Aînés, parce que bon nombre d'entre eux vivent dans les réserves. Ils sont nombreux à déménager en milieu urbain, dans nos grandes villes, et donc, ça doit nous inquiéter.

Je suis également un Autochtone aux termes de l'article 35. Je suis métis, et nous sommes aux prises avec d'énormes problèmes, au sein de notre peuple, en ce qui concerne la toxicomanie. Ça va de l'alcool à divers autres problèmes. Est-ce que le rapport du Comité reflètera cette situation? Je suis certain que oui, monsieur le président, mais ce serait bien de recueillir les commentaires des Métis. Je peux vous assurer que c'est difficile de siéger au Comité sénatorial permanent des peuples autochtones. Nous devons nous occuper d'enjeux sociaux complexes qui ont trait à nos gens. J'aimerais que les experts ici présents ce matin nous disent ce qu'ils en pensent. S'ils ne veulent pas s'exprimer ici aujourd'hui, ils pourraient peut-être nous envoyer leurs commentaires dans le cadre d'un rapport écrit.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je veux tous vous remercier d'être ici aujourd'hui. Vous constituez un remarquable groupe d'experts et de gens passionnés qui se dévouent pour les personnes âgées.

Aujourd'hui, nous parlons des personnes âgées. Nous sommes sensibles à cette question. Premièrement, je suis d'accord avec ce qui a été dit. Je suis préoccupée par le fait qu'on ne parle pas des gens qui vivent en milieu rural. Je crois qu'on a mentionné une fois le Canada rural, lorsqu'on parlait des immigrants et des Autochtones, mais surtout de la population d'immigrants.

Suzanne Crawford m'a vraiment touchée lorsqu'elle a parlé de la violence faite aux personnes âgées, aux personnes fragiles et aux plus pauvres parmi les pauvres, parce que je sais de quoi elle parle, ayant pratiqué longtemps la médecine. J'ai vraiment senti qu'elle touchait au cœur du problème. Pour moi, c'est ce qui m'attriste le plus et ce qui est le plus difficile dans tout cela. Je veux que nous en discussions, sénateur Kirby, et nous devons faire appel à des experts.

Nous devons parler à des experts dans toutes les sphères de la santé : l'orthopédie, la dermatologie, la gérontologie et ainsi de suite. La plupart d'entre nous ici aujourd'hui sont des personnes âgées. Où traçons-nous la ligne? Cette semaine, on a aboli la retraite obligatoire, et ainsi de suite. J'ai écouté attentivement, et j'ai entendu très peu de commentaires au sujet de la famille. Chacun de nous sait que ce n'est pas tout le monde qui a la chance d'avoir une famille, et donc, nous sommes une famille de Canadiens. Nous parlons d'éliminer le cloisonnement, mais nous créons pratiquement une cloison en ce qui concerne le cycle de vie. Lorsqu'on parle d'une personne âgée qui est seule dans une pièce, qui est déprimée et qui consomme probablement trop de médicaments, bon nombre des facteurs qui l'ont menée à cette situation sont les mêmes que ceux qui y ont poussé un jeune, ou une mère déprimée. Il y a tellement de chevauchement dans tout ça.

Oui, deux verres de vin auront des répercussions beaucoup plus graves sur une personne âgée que sur une personne qui a 40 ans. Bien sûr, dans tout le spectre de la vie, il y a toutes ces différences.



Senator Kirby mentioned the link with primary care, and I think that is really important. I would like us to talk about that link with primary care, family health and community health centres. I do not know whether it is wise or whether we can afford to create a specialization, so to speak, out of seniors mental health, because someone who is 65 or 80 can have the same problems as someone who is 35. Of course, the age is different.

I throw that out for discussion because we need to think about individuals no matter what age they are. We need you specialists bringing your expertise, your study and your experience to the table.

**The Chairman:** That is a question we need to think about: To what extent does focusing on seniors, children, or whatever, effectively create a separate ghetto, in a way? It is not really a ghetto, but a separate enclave. How do you deal with that question?

**Senator Cook:** I want to say quite seriously that getting old is not for wimps. I come from a simpler part of the country, in a way. I come from Newfoundland. Our stresses are different. They are not the stresses that Senator Pépin talks about: multiculturalism, language, and whatever. However, we have the stresses of distance: of people who have lived all their lives in outport communities, and through circumstance, board up the family home and go into a nursing home in town. With all the mix, the expertise and the studies everywhere, is there a place for them to stay where they are as long as possible?

Looking for probably a simplistic solution, is there a community health setting, I refer to it in other meetings as one-stop shopping. It takes a community to rear a child. The community looks after its elderly through shopping, dropping in, or whatever.

However, there are certain supports, such as lifelines and these kinds of things that allow people to stay where they are. I look at the personal caregiver, who for me is an essential person, and you have all articulated it very well. Training is essential, as is continuing education.

I went looking for a solution as I normally do. We train caregivers to look after the little ones: early childhood development, or whatever you want to call it. In my province, those caregivers are paid the minimum wage and we expect a lot of them, or a lot from them. However, could we have programs like those in our community colleges, a two-year program, one that looked at the academic pieces, and one that was on-the-job training to see if you had a feel for that? I know when we closed out the school of nursing at home and went to the university-based models, the students did not see the floors of the hospital until day two in year two or something or other. Some of them found out that the practical things, such as bed pans and the

Le sénateur Kirby a parlé du lien avec les soins primaires, et je crois que c'est vraiment important. J'aimerais que nous parlions de ce lien avec les soins primaires, la santé familiale et les centres de santé communautaire. Je ne sais pas si c'est judicieux ou si nous pouvons nous permettre de créer une spécialisation, d'une certaine façon, sur la santé mentale des personnes âgées, parce qu'une personne qui est âgée de 65 ou de 80 ans peut éprouver les mêmes problèmes qu'une personne qui a 35 ans. Bien sûr, l'âge est différent.

J'ai lancé ce sujet dans la discussion parce que nous devons penser aux gens, quel que soit leur âge. Nous avons besoin de vous, les spécialistes, pour que vous mettiez à profit votre expertise, vos études et votre expérience.

**Le président :** C'est une question à laquelle nous devons réfléchir : dans quelle mesure créons-nous un ghetto, d'une certaine façon, lorsqu'on met l'accent sur les personnes âgées, les enfants, ou qui que ce soit? Ce n'est pas vraiment un ghetto, c'est une enclave. Comment répondez-vous à cette question?

**Le sénateur Cook :** Je voudrais vous dire, et je suis sérieuse, que vieillir, ce n'est pas pour les mauviettes. Je viens d'une région plus simple du pays, d'une certaine façon. Je viens de Terre-Neuve. Nous vivons des stress différents. Il ne s'agit pas des éléments de stress dont parle le sénateur Pépin : le multiculturalisme, la langue, et ainsi de suite. Cependant, la distance constitue pour nous un stress : les gens qui ont vécu toute leur vie dans des localités isolées, et qui, selon les circonstances, plient bagage et vont dans un foyer de soins infirmiers en ville. Avec toute l'expertise et toutes les études qu'on a menées ailleurs, y a-t-il un endroit où ils peuvent demeurer le plus longtemps possible?

On cherche probablement une solution simpliste, dans un environnement de santé communautaire, et c'est ce que j'ai appelé, dans d'autres réunions, le système du guichet unique. Ça prend toute une collectivité pour élever un enfant. La collectivité s'occupe de ses personnes âgées en leur offrant diverses options, en les aiguillant vers des services, ou Dieu sait quoi.

Cependant, certains mécanismes de soutien, comme les programmes d'aide et ce genre de choses, qui aident les gens à rester où ils sont. Je parle du soignant personnel, qui, pour moi, est une personne essentielle, et vous nous l'avez fait bien comprendre. La formation est essentielle, tout comme l'éducation permanente.

J'ai essayé de trouver une solution, comme je le fais normalement. Nous formons les soignants à s'occuper des tout-petits : c'est le développement de la petite enfance, ou appelez ça comme vous voudrez. Dans ma province, ces soignants sont payés au salaire minimum, et nous nous attendons à beaucoup de leur part. Cependant, pourrions-nous avoir des programmes comme ceux qui sont offerts dans nos collèges communautaires, un programme de deux ans, un programme dans lequel on s'intéresserait aux travaux universitaires, et un programme qui permet aux étudiants de recevoir une formation en cours d'emploi pour voir s'ils aiment ça? Je sais que, lorsque nous avons fermé l'école de sciences infirmières, chez nous, et que



like, were not really what they thought nursing was all about. If we are going to put a program in, we should have some kind of an on-the-job training for it, and I would like your opinions on it.

Aging is natural; it is an old evolution of our society and we cannot isolate it from who we are as a society. My granny knit dolls clothes and had a big white apron, and the apron was a place where I crawled to when I hurt. My mom, my children's granny, became a world traveller. This granny, so far, puts on her shoes and goes for a run. You look at the evolution of how we age and where we age. Yes, we need a program that moves and meets the needs of people where they are. In my province, there is a program where a supermarket comes around, you pay a dollar or two, and you go on the bus to get your groceries. It is all geared to people living in their home.

I have not heard anyone mention that which gives life its meaning; a pet such as a dog or a cat. In our nursing homes we have programs, pet therapists. My grandson came home a little while ago and said, "Nan, I met a woman who knew your mother." She has been dead for 20 years. I said, "Where were you?" He said, "We went to Glenbrook," which was the nursing home.

His school has a program where children go into the nursing home. These are the kinds of things too that give a quality of life to seniors that I hope I can be part of. I know there is a need for all the bits and pieces such as the clinicians and the professionals. Somehow or another, we have to maintain some level of normality, if you like, for the person that we care so much about, and which is our elderly. You talked about research and I spoke to the chair. Sometimes more money is not the answer; a reallocation of services is. We had a little conversation about Canadian Institutes of Health Research, CIHR. I am sure you have all heard of it. I am not sure how their program is delivered, or if there is a place for this table in it. However, there are opportunities within the system where we can insist on getting our fair share.

There is a need to work collaboratively. We have to do that in a province the size of mine. Where resources are not there we become more innovative; we create things where they meet the needs of our population. For us, the thing is to allow people to stay where they have spent their lives, for most part. We saw that in the downturn of the fishery where 30,000 people left because of a cod moratorium. They were the people between 30, 45 and 50. In the outports, there are only the elderly and the frail elderly. To ask those same people to go to Fort McMurray, Tumbler Ridge, or wherever, where their people are gainfully

nous avons adopté des modèles universitaires, les étudiants n'ont pas vu les planchers de l'hôpital avant le jour deux de la deuxième année, ou quelque chose comme ça. Certains d'entre eux ont découvert que les choses pratiques, comme les bassines et les choses comme ça, ce n'était pas vraiment comme ça qu'ils avaient imaginé les soins infirmiers. Si nous voulons mettre un programme en place, nous devrions prévoir une certaine formation en cours d'emploi, et j'aimerais connaître vos opinions à ce sujet.

Vieillir, c'est naturel; c'est l'évolution de notre société, et nous ne pouvons pas isoler ce phénomène de notre identité en tant que société. Ma grand-mère tricotait des vêtements de poupées et avait un gros tablier blanc, et le tablier était mon refuge lorsque je me blessais. Ma mère, la grand-mère de mes enfants, est devenue globe-trotter. Cette grand-mère, jusqu'ici, met ses souliers et va faire son jogging. Vous voyez l'évolution du vieillissement et de l'endroit où nous vieillissons. Oui, nous avons besoin d'un programme à l'endroit où vivent les gens, un programme qui réponde à leurs besoins. Dans ma province, il y a un programme dans le cadre duquel il y a un supermarché itinérant. Vous payez un dollar ou deux, et vous entrez dans l'autobus pour aller faire vos courses. Tout cela est axé sur les gens qui vivent chez eux.

Je n'ai entendu personne parler de ce qui donne une signification à la vie, un animal de compagnie comme un chien ou un chat. Dans nos foyers de soins infirmiers, nous avons des programmes, des zoothérapeutes. Mon petit-fils est venu me voir il y a quelque temps et m'a dit : « Mamie, j'ai rencontré une femme qui connaissait ta mère. » Elle était morte depuis 20 ans. J'ai dit : « Où étais-tu ? » Il a répondu : « Nous sommes allés à Glenbrook », qui est le foyer de soins infirmiers.

À son école, il y a un programme dans le cadre duquel les enfants peuvent aller au foyer de soins infirmiers. C'est ce genre de choses, aussi, qui apporte une qualité de vie aux personnes âgées. J'espère que j'en bénéficierai. Je sais qu'on a besoin de toutes ces petites choses comme les cliniciens et les professionnels. D'une façon ou d'une autre, nous devons maintenir un certain niveau de normalité, si vous voulez, pour la personne qui nous est si chère, et qui est notre aînée. Vous avez parlé de la recherche, et j'ai parlé au président. Parfois, l'argent n'est pas la réponse; ce qu'il faut, c'est réaffecter les services. Nous avons eu une petite conversation au sujet des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Je suis certaine que vous en avez tous entendu parler. Je ne sais pas vraiment comment ils offrent leur programme, et je ne sais pas non plus s'ils s'intéressent à notre débat. Toutefois, il y a des occasions, au sein du système, où nous pouvons insister pour obtenir notre juste part.

Nous devons travailler de concert. On doit le faire dans une province de la taille de la mienne. Lorsqu'il n'y a pas de ressources, nous devons être plus novateurs; nous créons des choses qui répondent aux besoins de notre population. Pour nous, l'important, c'est de permettre aux gens de rester là où ils ont vécu leur vie, en majeure partie. Nous l'avons vu dans l'effondrement de l'industrie de la pêche, où 30 000 personnes sont parties à cause d'un moratoire sur la morue. C'était tous des gens âgés de 30, de 45 et de 50 ans. Dans les petits ports isolés, il n'y a que des personnes âgées et des aînés fragiles. Il est inacceptable qu'on



employed, does not sit well. I think a lot of people, especially throughout your community, Senator Gill, suffer from isolation and they do not want to go to a strange place.

I think we need to keep those people within the spectrum of care. The idea of the creation of a national coalition of provincial older persons, given the fact that we work in the federal system, and this delivery of care is done on a provincial basis with different standards from province to province, that is the reality. In terms of a national mental health strategy, we are talking about what we think is best, and then we have to rely on the goodwill of the provinces because of our structure to implement it. It is awesome. I am sure you people find those stresses on a regular basis.

The other reality is that there are not enough professionals out there. How do we encourage our young people to be part of this piece, from psychiatrists to nurses, doctors, therapists, psychologists and all the rest? I see that as a challenge. However, more than anything, I would like to hear about training caregivers within this national strategy that we are about. Also, on the need to work collaboratively, why would we work any other way?

**Senator Callbeck:** Like Senator Cook, I come from a small island on the East Coast. We are approximately 140,000 people so the challenge is there, or the situation in some ways is a lot different than in downtown Vancouver, Toronto, or the larger centres.

I have specific questions and explanations, but they can be covered under the categories that you announced, Mr. Chair.

**Senator Gill:** Many points have been raised this morning. People have tried to explain their feelings about a national strategy. Everyone would like to have services so they can feel secure and then be able to help others. I think that is the purpose of the exercise.

There seem to be a lot of services in Winnipeg, but there also seems to be some overlap. That is my impression. Maybe it is not the case.

We are talking about specialized services for mental health, but as human beings, the physical and the mental go together. If something is wrong somewhere, the body does not work. With regard to a new strategy, instead of talking about new services, perhaps we should talk about the physical side of things. When we have something wrong with us, we go to the hospital. We see doctors and specialists, and we try to get the treatment we need. It seems to me that lots of specialized services are there. We want better services and we want to pump more money into this field, but perhaps we should treat the person as a whole, old and young, instead of always making distinctions. In doing that, we marginalize some groups. We put some groups in the corner

demande à ces gens d'aller à Fort McMurray, à Tumbler Ridge ou Dieu sait où, où les gens occupent un emploi rémunérateur. Je crois que beaucoup de gens, surtout dans votre collectivité, sénateur Gill, souffrent d'isolement et ne veulent pas déménager dans un endroit qui leur est étranger.

Je crois que nous devons garder ces gens dans le spectre de soins. L'idée de la création d'une coalition nationale de personnes âgées de la province, compte tenu du fait que nous travaillons dans le système fédéral, et que les soins sont offerts par la province, les normes différant d'une province à l'autre, c'est ça, la réalité. En ce qui a trait à une stratégie nationale de santé mentale, nous parlons de ce qui nous semble être la meilleure stratégie possible, et ensuite, nous devons nous en remettre à la bonne volonté des provinces, à cause de notre structure, pour la mettre en place. C'est terrifiant. Je suis certaine que vos gens vivent régulièrement ce genre de stress.

L'autre réalité, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de professionnels. Comment pouvons-nous encourager nos jeunes à aller travailler dans ce domaine, à devenir psychiatre ou infirmier ou infirmière, médecin, thérapeute, psychologue, et tout le reste? Selon moi, c'est un défi de taille. Cependant, j'aimerais plus que tout savoir ce que vous pensez de la formation des soignants dans le cadre de cette stratégie nationale que nous envisageons. De plus, pour ce qui est de travailler de concert, pourquoi travaillerions-nous d'une autre façon?

**Le sénateur Callbeck :** Comme le sénateur Cook, je viens d'une petite île de la côte est. Nous sommes environ 140 000 personnes, donc, le problème c'est ça. La situation, d'une certaine façon, est bien différente de celle du centre-ville de Vancouver, de Toronto, ou des grands centres urbains.

J'ai des questions et des explications spécifiques, mais on peut en parler dans le cadre des catégories que vous avez annoncées, monsieur le président.

**Le sénateur Gill :** Beaucoup de questions ont été soulevées ce matin. Les gens ont essayé d'expliquer leurs sentiments à l'égard d'une stratégie nationale. Tout le monde aimerait avoir des services qui le sécuriseraient et qui lui permettraient d'aider autrui. Je crois que c'est le but de l'exercice.

Il semble y avoir beaucoup de services à Winnipeg, mais il semble aussi y avoir du chevauchement. C'est mon impression. Ce n'est peut-être pas le cas.

Nous parlons de services spécialisés en santé mentale, mais, en tant qu'êtres humains, le physique et le mental vont de pair. Si quelque chose ne va pas, le corps ne fonctionne pas. En ce qui concerne une nouvelle stratégie, plutôt que de parler de nouveaux services, nous devrions peut-être parler de l'aspect physique des choses. Quand ça ne va pas bien, nous allons à l'hôpital. Nous voyons des médecins et des spécialistes, et nous essayons d'obtenir le traitement dont nous avons besoin. Il me semble que beaucoup de services spécialisés sont offerts. Nous voulons de meilleurs services, et nous voulons injecter plus d'argent dans ce domaine, mais nous pourrions peut-être traiter la personne comme un tout, qu'elle soit vieille ou qu'elle soit jeune, plutôt que de toujours faire



and we do not serve them. We try to do things in good faith, but sometimes we miss the boat. In solving one problem, we often create other problems.

I have been discussing this point with my colleagues in the Senate, saying that we try to be good for all Canadians. By adopting a national policy to cope with the situation, we may hurt some Canadians.

I agree with Senator Cook that an isolated area and an urban setting are not the same thing. The people in my area tried to bring in a specialist, but it was too far. No one wanted to go there because they are working in the big cities such as Toronto, Montreal and Vancouver. In addition, the universities are typically in the big centres. We do not have the services that people usually have in urban centres.

I say that we should have a national strategy, but it should be flexible enough to apply to different needs. Instead of creating problems, we should solve something for all the people in this country.

When we look at people we evaluate them, and sometimes they may not seem to be in line with the majority of us. This does not mean they are mentally ill. It may be that they are from a different culture. There are cultural differences among people.

The Aboriginal and immigrant populations are growing. Different nationalities are coming to this country. Any national strategy will have to be flexible to take into account these various cultures. That is an important issue. If we find a way to deal with these different cultures, maybe in the future we will not see so many Aboriginals in jail, for example.

Of course, education is also important. In an organized society like Canada, when people are afraid, they do not learn and they become ignorant.

As we try to organize ourselves, sometimes we create problems. Maybe it is better to know more about what is surrounding us, about these different cultures and different people, so that we can better cope as a society, but we should not try to be super-organized all the time.

**The Chairman:** Thank you, senators, for your comments.

Two main issues have been put on the table. One relates to how the primary-care reform or multidisciplinary primary-care groups handle mental health. Are there specific recommendations that need to be made to ensure that mental health is included in the primary-care reform package? The second issue is housing. Two or three of my colleagues made an interesting observation. We have had a lot of comments on supportive housing. We have had comments on long-term-care homes and so on. The reality is that the best housing is probably housing in a family home, or with a family member. Certainly, it is probably the cheapest. It is

des distinctions. En faisant cela, nous marginalisons certains groupes. Nous mettons certains groupes dans un coin, et nous ne les servons pas. Nous essayons de faire les choses de bonne foi, mais parfois, nous manquons le bateau. Lorsqu'on résout un problème, on en crée souvent d'autres.

J'ai parlé de ce sujet avec mes collègues du Sénat. J'ai dit que nous essayons de faire quelque chose de bien pour tous les Canadiens. En adoptant une politique nationale pour nous adapter à la situation, nous pourrions léser certains Canadiens.

Je suis d'accord avec le sénateur Cook lorsqu'elle dit qu'une région isolée et un milieu urbain, ce n'est pas la même chose. Les gens de ma région ont essayé de faire venir un spécialiste, mais c'était trop loin. Personne ne voulait aller là parce que les spécialistes travaillent dans les grandes villes comme Toronto, Montréal et Vancouver. De plus, habituellement, les universités sont établies dans les grands centres. Nous n'avons pas les services dont les gens bénéficient habituellement dans les centres urbains.

Je dis que nous devrions nous doter d'une stratégie nationale, mais qu'elle devrait être suffisamment souple pour s'appliquer aux différents besoins. Plutôt que de créer des problèmes, nous devrions trouver une solution pour tous les gens du pays.

Lorsqu'on regarde les gens, on les évalue, et parfois, ils ne semblent pas être comme la majorité d'entre nous. Ça ne veut pas dire qu'ils sont des malades mentaux. C'est peut-être qu'ils appartiennent à une culture différente. Il y a des différences culturelles entre les gens.

Les populations d'Autochtones et d'immigrants prennent de l'expansion. Différentes nationalités viennent au Canada. La stratégie nationale, quelle qu'elle soit, devra être souple afin de tenir compte de ces diverses cultures. C'est un enjeu important. Si nous trouvons une façon de composer avec ces différentes cultures, il se pourrait, par exemple, que, dans l'avenir, il n'y ait pas autant d'Autochtones en prison.

Bien sûr, l'éducation est aussi importante. Dans une société organisée comme le Canada, lorsque les gens ont peur, ils n'apprennent pas, et ils tombent dans l'ignorance.

Lorsque nous essayons de nous organiser, parfois, nous créons des problèmes. C'est peut-être mieux de connaître davantage ce qui nous entoure, c'est-à-dire les différentes cultures et les différents peuples, pour que nous puissions mieux nous adapter, en tant que société, mais nous ne devrions pas essayer d'être tout le temps super organisés.

**Le président :** Merci de vos commentaires, honorables sénateurs.

Deux grandes questions ont été soulevées. La première porte sur la façon dont la réforme des soins primaires ou les groupes multidisciplinaires de santé primaire traitent la santé mentale. Doit-on formuler des recommandations spécifiques pour nous assurer que la santé mentale est incluse dans la réforme des soins primaires? La deuxième question porte sur le logement. Deux ou trois de mes collègues ont fait une observation intéressante. Beaucoup de choses ont été dites au sujet du logement supervisé. On a parlé des foyers de soins de longue durée, et d'autres choses. La réalité, c'est que la meilleure forme de logement, c'est



probably best for the patient. Right now, unfortunately, government takes the view, by and large, that if you are in the home of a family member, you are on your own, which is really kind of silly. If the alternative is supportive housing, the reality is, it would be a lot cheaper to give the person living in their home some additional services, to avoid them having to go into an institutional setting at some time. However, trying to get that kind of logic into government is difficult. I would love to have comments on both those questions.

Let me make one other comment so you understand where the committee has always come from. We have always taken the view that money is the means to an end, and so the first thing to do is to figure out what you would use the money for. Simply saying, as the research community in particular is inclined to do, "Just give us more money as opposed to telling us to re-allocate," is not enough. We understand more money will be required. We want to figure out what we would do with the money, and then we will figure out how much is needed.

The second thing is to recognize that Utopia is not achievable. The definition that we have always set is, we try to get recommendations that we would define as being just inside the outer edge of political feasibility. In other words, push the system as far as you can, but not so far that you do not get anywhere. We would rather try for 75 per cent of an optimal solution and get it, than try for 100 per cent and not get anything. To that extent I ask you, in giving us specific suggestions, to temper your comments, keeping in mind that we are happy to push the system hard, but not happy to be so ideal that it cannot happen.

We will begin with Martha. She raised some organizational issues.

**Dr. Donnelly:** I am going to speak about the Canadian Collaborative Mental Health Initiative, which I am also scheduled to speak about at the National Shared Care Conference in Ottawa this weekend. Scott Dudgeon and Nick Kates are in charge of that. I think this committee has heard from them before, but they are trying to develop a charter. We are developing tool kits to help people figure out how they can integrate mental health into the primary health care system. I think it is important because this is an issue that is not a whole-lot-more-money issue. It is working in a different way by having that collaboration. I appreciate when people talk about whether we should totally segregate mental health, but this issue brings the mental health workers to the primary-care system when needed. I think that is good. We are looking at several tool kits. One of them is on multicultural issues; how you deal with that.

probablement le logement dans la maison familiale, ou chez un membre de la famille. À coup sûr, c'est probablement l'option la moins chère. C'est probablement mieux pour le patient. Actuellement, malheureusement, le gouvernement estime, en général, que, si on reste chez un membre de la famille, on est autonome, ce qui est vraiment idiot. Si la solution de rechange est le logement supervisé, la réalité, c'est que ça coûterait beaucoup moins cher de dispenser certains services supplémentaires à la personne qui vit chez elle pour éviter qu'elle n'ait à aller en établissement à un moment donné. Cependant, c'est difficile de faire comprendre cette logique au gouvernement. J'aimerais beaucoup qu'on parle de ces deux questions.

J'ai une autre chose à vous dire pour que vous compreniez quelle a toujours été la position du Comité. Nous avons toujours pensé que l'argent nous permet d'arriver à nos fins. Donc, la première chose à faire, c'est déterminer ce pourquoi on utiliserait l'argent. Dire simplement, comme les chercheurs, en particulier, ont tendance à le faire, « Donnez-nous simplement plus d'argent plutôt que de nous dire de le réaffecter », ce n'est pas suffisant. Nous savons qu'on aura besoin de plus d'argent. Nous voulons déterminer ce que nous ferions avec l'argent, et ensuite, nous allons déterminer de combien on a besoin.

La deuxième chose, c'est qu'il faut reconnaître que l'Utopie est inatteignable. La définition que nous avons toujours établie — nous essayons d'obtenir des recommandations que nous définirions comme étant à la limite de la faisabilité politique. Autrement dit, pousser le système aussi loin qu'on le peut, mais pas au point d'aller nulle part. Nous préférierions essayer d'obtenir 75 p. 100 d'une solution optimale et les obtenir effectivement, plutôt que de viser 100 p. 100 d'une solution et ne rien obtenir. À cet égard, je vous demanderais, lorsque vous nous donnerez des suggestions spécifiques, de tempérer vos observations, et de ne pas oublier que nous sommes contents de repousser les limites du système, mais que nous ne sommes pas contents qu'il soit idéal au point d'être irréaliste.

Nous allons commencer par Martha. Elle a soulevé certaines questions organisationnelles.

**La Dre Donnelly :** Je vais parler de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, sujet dont je vais également parler à la Conférence nationale sur les soins partagés, qui aura lieu à Ottawa en fin de semaine. Scott Dudgeon et Nick Kates en sont responsables. Je crois que le Comité les a déjà entendus, mais ils essaient d'élaborer une charte. Nous sommes en train de mettre au point des trousseaux à outils pour aider les gens à déterminer comment ils peuvent intégrer la santé mentale au système de soins de santé primaires. Je crois que c'est important parce qu'il ne s'agit pas d'une question qui exige beaucoup plus d'argent. Ça consiste à travailler d'une autre façon par la collaboration. J'aime bien lorsque les gens se demandent si nous devrions isoler totalement la santé mentale du reste des soins, mais cette question fait en sorte que les travailleurs en santé mentale doivent faire partie du système de soins primaires lorsque c'est nécessaire. Je



One is on Aboriginal issues; how you deal with that. One is on geriatrics. We have to look at some of those things. I think they are important.

I am a firm believer in this collaborative care kind of model because I think it is better and less expensive, quite frankly. When we do not have enough health professionals, we have to use them correctly. We cannot use the high-powered specialists to do the primary work.

We have to get away from that. I still think the high-powered specialists are necessary. They need to do the research, they need to do the education, and they need to be organized for the sicker patients. However, I think that collaborative model is something that connects with primary care, because in those community health centres you have family physicians, nurses, and so on. You just might have a mental health member as well. Then, you might have a psychiatrist coming in for part of the time. I think that is a potential solution.

I wanted to mention one issue about the rural things too. We should do more collaborative care between the larger centres and the rural centres. I see no reason why we cannot have larger communities supporting smaller communities, through telehealth and outreach visits so that I, in Vancouver, can support Smithers through a telehealth connection. They can have their team in Smithers. We can talk about cases. They can interview a patient in Smithers. I can observe and I can teach them. I do not want to do the work myself. I want to transfer my skills to them so the local community can keep them. In the Newfoundland outposts, if you can have that telehealth connection, you could have a lot of high specialist help right at the centre. I think blending telehealth kinds of things and collaborative care could be helpful.

**Senator Callbeck:** We have used telehealth since 1972 but only selectively, so I think this is the time now to be inclusive with all aspects of it.

**Senator Gill:** I agree with this connection between the centres and the isolated and rural areas of the country, but many people living in isolated areas want to decide for themselves. We can give them a formula, but let them decide for their own people.

**Senator Callbeck:** Doctor, you are involved with telehealth and you speak positively about it. Anyone I have heard talk about it speaks that way. Why are we not using it more?

**Dr. Donnelly:** There are two or three things that I can think of. There have been funding barriers that are now beginning to be overcome. There are potential medical and legal concerns. Some physicians worry if they have not seen the patient within the same

crois que c'est une bonne chose. Nous examinons plusieurs trousseaux à outils. L'une d'entre elle porte sur les questions multiculturelles; comment composer avec cela. L'une concerne les enjeux des Autochtones; comment composer avec cela. L'autre porte sur la gériatrie. Nous devons examiner certaines de ces choses. Je crois qu'elles sont importantes.

Je crois fermement en ce genre de modèle de soins axé sur la collaboration parce que je pense, bien honnêtement, qu'il est meilleur et qu'il coûte moins cher. Lorsqu'on n'a pas suffisamment de professionnels de la santé, nous devons nous en servir correctement. On ne peut pas faire appel aux spécialistes super puissants pour effectuer le travail primaire.

Nous devons nous éloigner de tout ça. Je crois encore que les spécialistes super puissants sont nécessaires. Ils doivent effectuer les recherches, ils doivent éduquer les gens, et ils doivent être bien organisés pour s'occuper des patients les plus malades. Cependant, je crois que le modèle de collaboration est lié aux soins primaires, parce que, dans les centres de santé communautaires, il y a des médecins de famille, du personnel infirmier, et ainsi de suite. Il pourrait aussi bien y avoir un professionnel en santé mentale. De plus, un psychiatre s'y rend une partie du temps. Je crois que c'est une solution possible.

Je voulais mentionner également une question relative aux choses rurales. Nous devrions instaurer davantage de soins de collaboration entre les grands centres et les centres ruraux. Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas faire en sorte que les grandes collectivités soutiennent les petites collectivités au moyen de la télésanté et de visites de sensibilisation de façon que, à Vancouver, je puisse aider Smithers grâce à une connexion en télésanté. Smithers peut avoir son équipe. On peut parler des cas. On peut interroger un patient à Smithers. Je peux les observer, et je peux leur enseigner. Mais je ne veux pas faire le travail moi-même. Je veux leur transmettre mes connaissances afin que la collectivité locale les maintienne. Dans les petites localités de Terre-Neuve, si on peut avoir cette connexion en télésanté, on peut avoir accès à un grand nombre de spécialistes qui travaillent au centre. Je pense qu'il pourrait être utile de mélanger les outils de télésanté avec les soins de collaboration.

**Le sénateur Callbeck :** Nous recourons à la télésanté depuis 1972, mais uniquement de façon sélective. Donc, je crois qu'il est temps d'en inclure tous les aspects.

**Le sénateur Gill :** Je suis d'accord avec vous en ce qui concerne la connexion entre les centres et les régions isolées et rurales du pays, mais bien des gens qui vivent en régions isolées veulent décider pour eux-mêmes. Nous pouvons leur donner une formule, mais laissons-les décider pour eux-mêmes.

**Le sénateur Callbeck :** Docteur, vous utilisez la télésanté et vous n'avez que des bons commentaires à ce sujet. Tous les gens que j'ai entendu parler de cette télésanté en parlent de cette façon. Pourquoi ne l'utilisons-nous pas davantage?

**La Dre Donnelly :** Selon moi, ça pourrait être pour deux ou trois choses. Par le passé, il y avait des obstacles au financement, mais aujourd'hui, on commence à les surmonter. Il pourrait y avoir des considérations médicales et juridiques. Certains



room that there may be less of an opportunity to be clear about what is going on, so they might be sued. There are those problems.

There are problems setting up the ports. Telehealth is not without cost in the sense of creating the ports and transmission. However, I think these things can be overcome.

**Ms. Sirett:** I wanted to comment a little more on ideas in primary-care reform. I agree with Martha Donnelly, there is absolutely a need for specialists. However, I think we all recognize that the family physician is probably the front door to care for most people. There are problems for those that do not have physicians, and that is certainly an issue in B.C. I think ways that we can find to support the family physicians to do the initial work is an really important part of it: initial screening for depression, substance use, and early dementia, and how we can work with the strengths in the community, whatever community that be, whether it be a specific ethnocultural community, a rural community or a neighbourhood. We need to work on strengths in that community to help do that screening, and to help provide outreach to the seniors using some of the prevention and promotion models that Penny's group would be looking at. Working to support those communities is a whole subject unto and of itself but I think we should use whatever models we can use for community development.

I am lucky in that within Vancouver Coastal Health we have a community developer department that will work with communities of seniors or ethnocultural communities and with the service providers.

**The Chairman:** What does community development mean precisely?

**Ms. Sirett:** Community development is the process of bringing all the stakeholders together. For example, I was thinking of a Chinese ethnocultural group. We could bring together people that are involved in providing charitable works and social services already within a certain community such as a Chinese community to work with the care providers in that area as well. We could find where the commonalities are in that group of stakeholders, and then move forward on what little projects can be done that can make little differences on a day-to-day basis to people, and build on that.

**The Chairman:** Is this like a facilitator role?

**Ms. Sirett:** Yes.

I am looking for other people around the table to help here.

**Ms. MacCourt:** It is somewhat like a facility role, and it has been used in different places. One area in Calgary has a healthy community model, which is a community development model where they bring together stakeholders and so forth. They look at programs that look as though they overlap. They help people navigate between systems. They also support people where they are at. They use the strengths of the community. They build

médecins craignent de ne pas vraiment voir ce qui se passe s'ils ne voient pas le client en personne, et ainsi, de faire l'objet de poursuites. Il y a ces problèmes-là.

La mise en place des points d'accès pose également problème. La télésanté n'est pas gratuite lorsque vient le temps de créer les points d'accès et la transmission. Cependant, je crois qu'on peut surmonter ces difficultés.

**Mme Sirett :** J'ai d'autres choses à dire au sujet des concepts de la réforme des soins primaires. Je suis d'accord avec Martha Donnelly : on a vraiment besoin de spécialistes. Cependant, je pense que nous reconnaissons tous que le médecin de famille est probablement le premier point d'accès aux soins, pour la plupart des gens. Ça devient un problème pour ceux qui n'ont pas de médecin, et c'est certes un sujet de préoccupation en Colombie-Britannique. Je crois que les moyens que nous pouvons trouver pour aider les médecins de famille à faire le premier travail jouent un rôle vraiment important dans tout ça : le dépistage initial de la dépression, de la consommation de drogues et de la démence précoce, et comment nous pouvons mettre à profit les forces de la collectivité, quelle que soit la collectivité, qu'il s'agisse d'une collectivité ethnoculturelle spécifique, d'une collectivité rurale ou d'un quartier. Nous devons miser sur les forces de cette collectivité pour faciliter ce dépistage, et pour aider à sensibiliser les personnes âgées, en utilisant certains modèles de prévention et de promotion qu'envisage le groupe de Penny. Le soutien de ces collectivités est tout un sujet en soi, mais je crois que nous devrions utiliser les modèles dont nous pouvons nous servir pour la mise en valeur des collectivités.

Je suis chanceuse, car, à Vancouver Coastal Health, nous avons un service de mise en valeur de la collectivité qui travaille avec les groupes de personnes âgées ou les communautés ethnoculturelles, et avec les fournisseurs de services.

**Le président :** Que signifie précisément « mise en valeur des collectivités »?

**Mme Sirett :** La mise en valeur des collectivités consiste à regrouper tous les intervenants. Par exemple, je pensais à un groupe ethnoculturel chinois. Nous pourrions rassembler les gens qui s'occupent d'œuvres de bienfaisance et qui offrent déjà des services sociaux dans une collectivité donnée, comme une communauté chinoise, afin qu'ils travaillent avec les fournisseurs de soins de la région. Nous pourrions déterminer ce qui est commun à ces intervenants, et ensuite trouver de petits projets qui peuvent changer de petites choses dans la vie quotidienne des gens, et miser sur ça.

**Le président :** Est-ce que c'est comme un rôle de facilitateur?

**Mme Sirett :** Oui.

J'aimerais que d'autres gens ici présents m'aident sur ce point.

**Mme MacCourt :** C'est un peu comme un rôle de facilitateur, et ce modèle a été utilisé à différents endroits. Dans une région de Calgary, on s'est doté d'un modèle communautaire sain, un modèle de mise en valeur des collectivités qui regroupe des intervenants et ainsi de suite. On examine les programmes qui semblent se chevaucher. On aide les gens à trouver leur chemin dans les systèmes. On soutient les gens là où ils vivent. On utilise



community capacity. The unfortunate thing is when this has been funded, it has usually been short term, for three years, and then the community developer leaves. In some communities, such as in Newfoundland, there are not the people to pick it up and take it because, as you said, they are frail and elderly or they are very young. A community development model is in keeping with mental health promotion, prevention, and supporting people, and there are good models out there.

As we become more acute-care driven and more mental-illness driven, these positions have disappeared. There used to be roles; psychogeriatric outreach programs used to have community development as a piece of what they did. It was going out into the community and creating the resources to support people so they did not have to come into the mental health system. However, as resources become scarce, what you get now is strictly case-driven. You take in the clients. They have to meet the criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition, DSM-IV, whatever it is these days. Then you treat them and put them back out. You still may not have services out there that would support them. It is part of that shrinking. It is where education has gone. It is where research has gone. It is all focused on one end of this continuum.

**Senator Cook:** We are hearing that we need programs and not projects. We need what is sustainable

**Ms. MacCourt:** That is right, and we need the whole continuum considered. What does it say? Going upstream or downstream, I never remember which, we keep dropping people into the water and catching them at the bottom. Instead, somebody needs to go up to the top and put a barrier up, or do something that prevents people from sliding down.

**Senator Cook:** We need programs that are sustainable and ongoing, not a project that has a finite beginning and end. We have suffered from that in Newfoundland.

**Senator St. Germain:** My question or comment relates to what Senator Cook brought up in regards to the implementation of whatever recommendation comes across, because the provinces are responsible for implementing whatever. That to me has always stood out, whether it is Aboriginal issues, health issues, or what have you. I am sure there is no simple solution. It is a complex scenario. Possibly during this course of the next few minutes somebody could comment on that.

**Senator Cook:** To bring it clearer to you, Mr. Chair, Heart Health was a wonderful program; a federal initiative delivered with federal funds at a provincial level. After it was over, it was

les forces de la collectivité. On renforce les capacités de la collectivité. Ce qui est malheureux, c'est que lorsqu'on finance ce genre de projet, on le finance habituellement pour une courte période, pour trois ans, et ensuite, le spécialiste en mise en valeur de la collectivité s'en va. Dans certaines collectivités, comme à Terre-Neuve, il n'y a pas de gens pour prendre la relève au pied levé, parce que, comme vous l'avez dit, ils sont fragiles et âgés, ou ils sont très jeunes. Un modèle de mise en valeur des collectivités s'harmonise avec la promotion de la santé mentale, la prévention de la maladie mentale et le soutien des gens. Il existe de bons modèles.

À mesure que nous avons de plus en plus mis l'accent sur les soins actifs et la maladie mentale, ces postes ont disparu. Avant, c'était des rôles; les programmes d'extension en psychogériatrie comportaient un volet de mise en valeur des collectivités. Les employés allaient dans la collectivité et créaient les ressources nécessaires pour aider les gens afin qu'ils n'aient pas à entrer dans le système de santé mentale. Cependant, les ressources se sont faites de plus en plus rares, et, aujourd'hui, le système est strictement axé sur les cas. On héberge les clients. Ils doivent satisfaire aux critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, quatrième édition, le DSM-IV, quel que soit son nom aujourd'hui. Ensuite, vous les traitez, et vous les remettez dehors. Mais il n'y a peut-être pas de services à l'extérieur pour les soutenir. Ça fait partie des compressions. C'est là qu'on en est avec l'éducation. C'est là qu'on en est avec les recherches. Tout est concentré à une extrémité de ce continuum.

**Le sénateur Cook :** On entend dire qu'on a besoin de programmes et non pas de projets. Nous avons besoin de quelque chose de durable.

**Mme MacCourt :** C'est exact, et il faut tenir compte de l'ensemble du continuum. Qu'est-ce que ça veut dire? En amont ou en aval, je ne me rappelle jamais lequel c'est, nous continuons d'échapper les gens dans l'eau et de les remonter lorsqu'ils sont au fond. Il faudrait plutôt aller en haut et mettre une barrière, ou faire quelque chose qui empêche les gens de glisser.

**Le sénateur Cook :** Nous avons besoin de programmes durables et permanents, et non pas d'un projet qui a un début et une fin. Nous en avons souffert à Terre-Neuve.

**Le sénateur St. Germain :** Ma question, ou plutôt mon commentaire, concerne ce que le sénateur Cook a mentionné en ce qui a trait à l'application de quelques recommandations qui seront formulées, parce que les provinces sont responsables de les mettre en œuvre. Pour moi, ça a toujours été clair, qu'il s'agisse d'affaires autochtones, d'enjeux de la santé, ou de ce que vous voulez. Je suis certain qu'il n'y a pas de solutions simples. C'est un scénario complexe. Peut-être que, au cours des prochaines minutes, quelqu'un pourrait en parler.

**Le sénateur Cook :** Pour que vous compreniez mieux, monsieur le président, je vous dirai que l'Initiative en santé cardiovasculaire a été un merveilleux programme; une initiative fédérale



over. It did not go anywhere. The province did not continue. It was not a program. It was a project. We have to be careful with that.

**Ms. MacCourt:** Many wonderful projects have been funded for short periods of time, and then they end. When that happens, it is a disservice to the entire community, to the service providers and to the people that receive services.

**Dr. Drance:** When you talk about community development, we are talking about the ideal place for people to live out their later years, which is obviously in their own homes with adequate supports. As was mentioned earlier, the health care system will not do this, and social work will not do this. It is about creating community capacity so you have volunteers, family members, caregivers and professionals who are supported to provide that kind of community. I think you do the community development piece at a local level. It is exactly as you were talking about where solutions are not imposed from somewhere else.

What do we need? What services do we need? What kinds of resources do we need to provide that in our environments? Even when you look at that small percentage of frail seniors who need to live within a residential care environment, they need to be seen as communities also. We need to use that same community development model certainly in providing the medical care and the mental health care, but creating also the capacity of families there. Our institutional models have always said, "You bring your loved one and we will take over from here."

The bottom line is that families do not want that; or if they want it, they want to be able to come and go, as works for them. We need to say to families, "We cannot do it all. You are part of a community here." This is how we can create those vibrant places where people will thrive. It does not matter whether you are at home or whether you are in a residential setting. It is that community that will create the mental health and the well-being.

**Ms. Spencer:** I would like to offer an observation in terms of primary-care reform, and it will not surprise anybody at this table. First, there are an increasing number of seniors who do not have a physician, period, particularly in rural areas, and particularly in terms of loss of physicians within rural areas. Second, when they have a physician of some sort, they are being limited to things such as a 10-minute visit, or what seniors organizations are continuing to report are things such as one visit, one complaint. They see signs that say that. That is not conducive to good mental health service at any level or to any kind of health service for older adults. For older adults in these circumstances, focusing on one issue at a time leads to a crisis-type of approach

administrée à l'échelle provinciale grâce au financement du gouvernement fédéral. Lorsqu'elle s'est terminée, c'était fini. C'est allé nulle part. La province ne l'a pas poursuivie. Ce n'était pas un programme. C'était un projet. Nous devons faire attention à cela.

**Mme MacCourt :** Beaucoup de merveilleux projets ont été financés pour de courtes périodes, et ensuite, ils prennent fin. Quand ça arrive, on ne rend pas service à toute la collectivité, aux fournisseurs de services et aux gens qui reçoivent les services.

**La Dre Drance :** Lorsqu'on parle de mise en valeur des collectivités, on parle de l'endroit idéal où les gens vont vivre les dernières années de leur vie, et c'est manifestement chez eux, avec les mécanismes de soutien adéquats. Comme on l'a mentionné plus tôt, ce n'est pas le système de soins de santé qui va le faire, ni les travailleurs sociaux. Il faut créer des capacités dans la collectivité, afin que les bénévoles, les membres de la famille, les soignants et les professionnels aient le soutien nécessaire pour offrir ce genre de milieu. Je crois qu'on assure la mise en valeur des collectivités à l'échelle locale. C'est exactement ce que vous disiez lorsque vous avez mentionné que les solutions ne sont pas imposées par quelqu'un d'autre.

De quoi avons-nous besoin? De quels services avons-nous besoin? De quel genre de ressources avons-nous besoin pour les offrir dans nos milieux? Même lorsqu'on regarde le petit pourcentage de personnes âgées fragiles qui vivent dans un milieu de soins en établissement, il faut se dire qu'elles doivent elles aussi être considérées comme des collectivités. Nous devons assurément utiliser ce même modèle de mise en valeur des collectivités pour dispenser les soins médicaux et les soins en santé mentale, mais aussi pour renforcer les capacités des familles. Les responsables de nos modèles d'établissement ont toujours dit : « Amenez-nous vos êtres chers, et nous prendrons la relève. »

Au bout du compte, ce n'est pas ce que veulent les familles; ou si c'est ce qu'elles veulent, elles veulent pouvoir aller leur rendre visite comme bon leur semble. Nous devons dire aux familles : « Nous ne pouvons pas le faire seuls. Ici, vous faites partie d'une collectivité. » C'est comme ça que nous pouvons créer des milieux dynamiques où les gens peuvent s'épanouir. Ça n'a pas d'importance que vous soyez chez vous ou dans un établissement. C'est cette collectivité qui permettra aux gens d'avoir une bonne santé mentale et de jouir d'un certain bien-être.

**Mme Spencer :** J'aimerais formuler une observation relativement à la réforme des soins primaires. Ça n'étonnera personne ici. Premièrement, de plus en plus de personnes âgées n'ont pas de médecin, point, surtout dans les régions rurales, et surtout parce que les régions rurales perdent leurs médecins. Deuxièmement, lorsqu'elles ont un médecin, quel qu'il soit, elles sont limitées à des choses comme une consultation de dix minutes, ou au problème que les associations de personnes âgées continuent de signaler, comme le principe « une consultation, un problème de santé ». Elles voient des signes qui leur font croire ça. Cela n'est pas propice à l'établissement d'un bon service en santé mentale, à quelque niveau que ce soit, ni à quelque service



in terms of providing health services, and providing services to the older adult. That is one thing we need to be mindful of in this area.

**The Chairman:** What happens in a rural area where somebody is a senior and someone does not have a doctor? What do they do? Do they go to the local emergency room?

**Ms. Sirett:** Yes, they go to emergency.

**Ms. Spencer:** Except that the hospitals have been closing in some of the communities, so they do not even have that.

**Senator Cook:** They do not have money for an ambulance, and maybe there is no neighbour to take them, and the family is in Tumbler Ridge.

**Ms. Spencer:** Yes, and that is an important reality.

**Senator Trenholme Counsell:** Regarding the isolated seniors, this is where telehealth can come in. Telehealth, of course, is largely specially trained nurses. We need a lot more telehealth, as well as telemedicine. I think those are both excellent new trends.

In terms of seniors coming to a physician's office with more than one complaint, it is challenging. I think both sides are at fault here. In the future, as we hopefully get community health centres where we have nurse practitioners, and where we have group practices, shared practices, this issue will be dealt with much better.

It can easily take a long while to listen to the stories. They are all important. However, I think we need shared practices and working with other professionals. This is a perfect example where nurse practitioners can really help the physician, and, more especially, help the patient.

**Mr. Moselle:** To follow up on this discussion around primary-care reform and shared care, we are involved in a shared-care initiative right now. I am concerned with rural remote service delivery for —

**The Chairman:** Can you define what you mean by shared care? For some people across the country, certain terms mean different things in different places.

**Mr. Moselle:** That is exactly what I want to define. There is the traditional model of shared care where the knowledge that resides within a medical specialist is transferred to a primary-care provider, typically a physician. That is the old model where you have, for example, a psychiatrist helping a primary-care physician learn how to better assess and treat depression, for example.

de santé pour les adultes âgés. En ce qui concerne les adultes âgés se trouvant dans cette situation, lorsqu'on s'occupe d'un problème à la fois, on en vient à adopter une méthode de gestion de crise pour la prestation des services de santé, et la prestation de services aux adultes âgés. C'est une des choses dont nous devons tenir compte dans ce domaine.

**Le président :** Qu'arrive-t-il lorsqu'une personne âgée vivant en milieu rural n'a pas de médecin? Que fait-elle? Est-ce qu'elle va aux urgences de sa région?

**Mme Sirett :** Oui, elle va à l'urgence.

**Mme Spencer :** Sauf que les hôpitaux ont fermé leurs portes dans certaines localités, donc, elles n'ont même pas ça.

**Le sénateur Cook :** Elles n'ont pas d'argent pour prendre l'ambulance, et peut-être qu'aucun voisin ne peut les conduire, et leur famille est à Tumbler Ridge.

**Mme Spencer :** Oui, et c'est une réalité importante.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** En ce qui concerne les personnes âgées qui vivent en région isolée, c'est là que la télésanté peut aider. La télésanté, bien sûr, c'est en grande partie du personnel infirmier spécialement formé. Nous avons besoin de beaucoup plus de télésanté, et de télémedicine. Je crois que ce sont deux excellentes nouvelles tendances.

En ce qui a trait aux personnes âgées qui vont voir leur médecin et qui ont plusieurs problèmes de santé, c'est ennuyeux. Je crois que les deux parties sont fautives, ici. Dans l'avenir, lorsque, espérons-le, nous aurons des centres de santé communautaires dotés d'infirmières praticiennes et où il y aura des pratiques collectives, des pratiques communes, on sera beaucoup plus en mesure de régler ce problème.

Ça peut facilement prendre beaucoup de temps pour écouter les histoires. Elles sont toutes importantes. Toutefois, je crois que nous devons mettre les pratiques en commun et travailler avec d'autres professionnels. C'est le parfait exemple de situation où les infirmières praticiennes peuvent vraiment aider le médecin, et, plus spécialement, aider le patient.

**M. Moselle :** Je veux revenir à la discussion concernant la réforme des soins primaires et des soins partagés. Présentement, nous participons à une initiative de soins partagés. Je me préoccupe de la prestation des services dans les régions rurales et éloignées ...

**Le président :** Pouvez-vous définir ce que vous entendez par « soins partagés »? Pour certaines personnes dans le pays, certaines expressions signifient différentes choses à différents endroits.

**M. Moselle :** C'est exactement ce que je veux définir. Il y a le modèle traditionnel de soins partagés, selon lequel les connaissances d'un médecin spécialiste sont transmises à un fournisseur de soins primaires, habituellement un médecin. C'est l'ancien modèle où on a, par exemple, un psychiatre qui aide un médecin qui dispense des soins primaires à apprendre à mieux évaluer et traiter la dépression, par exemple.



However, within the context of this shared care, telehealth is one way of getting that knowledge from the specialist to the front-line primary-care physician. In the project we are working on, physicians are saying they do not want a psychiatrist to tell them how much Paxil to prescribe to a person who is depressed because they have had to learn how to do that because they are dealing with everything in their practice. The issue is that a complex array of providers out there are looking after people with complex problems, particularly complex chronic problems. Physicians are just some of those provider specialists or some of those providers but there is a whole array of organizations and service delivery units that collectively are looking after people with complex needs.

Some of them are delivered by the health authority; some of them are delivered by non-profit societies. They collectively provide the basis for looking after people with complex chronic problems. An important part of shared care is not simply putting expert knowledge in the hands of physicians. It is putting direct access to all those services in the hands of primary-care physicians. They cannot spend all day trying to set it up for one person. When we talk about shared care, we need to be clear on that. The cost lives within the world of shared care around the notion of a navigator as an in-between person whose position is between a primary-care provider in that whole network of other collateral supports.

I would like to emphasize the importance of scoping out shared care properly to include the notion of putting an array of providers directly at the disposal of primary-care physicians, to enable them to look after complex clients, both in urban, and particularly, in rural remote settings.

**Dr. Donnelly:** Shared care in Canada between family practice and psychiatry was originally between family physicians and psychiatrists, but it has moved now to collaborative care involving all the disciplines.

**The Chairman:** Does it include non-medical or non-health-care disciplines? For example, is supportive housing included, or a psychologist, nurse practitioner or whatever?

**Dr. Donnelly:** It includes nurse practitioners, psychologists, pharmacists, occupational therapists with liaisons to housing, and so on. It does not necessarily mean having them there, but having liaisons. It is predicated on primary health care reform working because at the moment, on a fee-service basis, a family physician cannot do this kind of work. There is no way.

With primary health care reform, if we create these community centres where there is a physician, a nurse practitioner, a nurse, social worker and physiotherapist, then the appropriate person

Cependant, dans le contexte de ces soins partagés, la télésanté constitue une façon de transmettre les connaissances du spécialiste au médecin qui dispense des soins primaires aux patients. Dans le cadre du projet sur lequel nous travaillons, les médecins disent qu'ils ne veulent pas qu'un psychiatre leur dise combien de Paxil ils doivent prescrire à une personne qui est déprimée parce qu'ils ont dû l'apprendre, étant donné qu'ils voient de tout dans leur pratique. Le problème, c'est qu'un éventail complexe de fournisseurs de services s'occupent de gens qui sont aux prises avec des problèmes complexes, surtout des problèmes chroniques complexes. Les médecins ne sont que quelques-uns de ces spécialistes ou fournisseurs de services, mais toute une gamme d'organisations et d'unités de prestation de services s'occupent ensemble de personnes ayant des besoins complexes.

Certains services sont dispensés par l'autorité de la santé; d'autres sont dispensés par des organismes sans but lucratif. Ensemble, ce sont eux qui s'occupent des gens qui souffrent de problèmes chroniques complexes. Une part importante des soins partagés ne consiste pas simplement à transmettre des connaissances spécialisées aux médecins. Il s'agit de permettre aux médecins qui dispensent des soins primaires d'accéder directement à tous ces services. Les médecins ne peuvent passer toute une journée à essayer de trouver un service pour une personne. Lorsqu'on parle de soins partagés, c'est une chose qu'il faut bien comprendre. Dans le monde des soins partagés là où le bât blesse, c'est lorsqu'on s'intéresse au concept d'un navigateur, qui est un intermédiaire dont le poste se trouve entre un fournisseur de soins primaires et tout ce réseau d'autres soutiens auxiliaires.

J'aimerais insister sur l'importance de concevoir adéquatement les soins partagés afin d'inclure la notion selon laquelle il faut mettre un éventail de fournisseurs directement à la disposition des médecins qui dispensent des soins primaires, pour leur permettre de s'occuper de clients qui ont des besoins complexes, dans les régions urbaines, et surtout dans les milieux ruraux et éloignés.

**La Dre Donnelly :** Les soins partagés établis au Canada entre la médecine familiale et la psychiatrie étaient à l'origine établis entre les médecins de famille et les psychiatres. Mais aujourd'hui, ils sont devenus des soins coopératifs qui supposent la contribution de toutes les disciplines.

**Le président :** Est-ce que ça comprend les disciplines non médicales ou non liées aux soins de santé? Par exemple, est-ce que ça inclut le logement supervisé, ou un psychologue, ou une infirmière praticienne ou Dieu sait quoi?

**La Dre Donnelly :** Ça inclut des infirmières praticiennes, des psychologues, des pharmaciens, des ergothérapeutes qui ont des liens avec le domaine du logement, et ainsi de suite. Ça ne veut pas nécessairement dire qu'ils doivent être sur place, ça veut juste dire qu'ils doivent avoir des liens. Ça se fonde sur la réforme des soins de santé primaires parce que, pour l'instant, dans un régime de rémunération à l'acte, un médecin de famille ne peut pas faire ce genre de travail. C'est impossible.

Avec la réforme des soins de santé primaires, si nous créons des centres communautaires où il y a un médecin, une infirmière praticienne, une infirmière, un travailleur social et un

could do the work. Then a psychiatrist might come and give them advice. Maybe they do not need to know the Paxil amount, but maybe they know something else, and then they can walk in and walk out, but the primary-care people can do the work. Also, they may need a mental health counsellor to do some of the counselling, and that would not necessarily be a psychiatrist. It might be a nurse or a social worker. That is the kind of model I am talking about with these collaborative care models.

**The Chairman:** However, it is predicated on primary-care reform working. Yet, if you look at the evidence across the country, is progress being made? Absolutely. Is it being made unbelievably slowly? Absolutely. The resistance among the medical fraternity, is big, particularly in Quebec and Ontario. It is much less true in Atlantic Canada and much less true on the Prairies. At this point, there is no way to overcome it. Am I right? Is that a fair reading of the state of the land?

**Dr. Donnelly:** I think that is a fair reading if you look at the whole in perspective. However, there are a lot of places where resistance occurs. That is where we talk about the early adaptors in collaborative care. If we can get in to those people who are interested, let us work with them. That is what is happening. We need to wait until it is further embraced to make it right across the system. However, we can work with the early adaptors.

**The Chairman:** I am being unduly pessimistic, is that right? I think I am realistic.

**Dr. Drance:** Ken raises that issue of access, and the ease of access. There are many services out there, but right now for a frail senior or their loved one to figure out who to call, where to call, that navigator role is a key one. Family physicians need to be able to navigate the system as well. We have not done a good job of gathering all these services together and helping people access them relatively straightforwardly. It is an incredibly complex system. With other issues around interdisciplinary teams in general within care for older adults, I think we truly lead the way in terms of our comfort in working in interdisciplinary models. I am not saying it is ideal, but it is good relative to the rest of the medical system.

**The Chairman:** Who is "we"?

**Dr. Donnelly:** We are the people who work in geriatrics or who work with older adults in seniors' care. All of us realize that the needs and the complexity of the physical, psychological, mental and spiritual are all so complicated. We cannot do health care independently so we have learned, I think, to work effectively together. Can we do better? Of course we can. Again, the notion of working between nurse practitioners as they increasingly come on line, and the rest of the team, is an ideal model in terms of things such as residential care where physicians currently are not

physiothérapeute, la personne compétente peut faire le travail. Ensuite, un psychiatre peut venir et donner des conseils. Ils n'ont peut-être pas besoin de connaître la dose de Paxil, mais ils connaissent peut-être quelque chose d'autre, et donc ils peuvent entrer et sortir, mais les professionnels des soins de santé primaires peuvent faire le travail. De plus, ils pourraient avoir besoin d'un conseiller en santé mentale pour offrir des services de counselling, et ce n'est pas nécessairement un psychiatre. Ça pourrait être une infirmière ou un travailleur social. C'est le genre de modèle dont je parle dans le cadre de ces modèles de soins coopératifs.

**Le président :** Cependant, ça se fonde sur la réforme des soins primaires. Par contre, si on regarde la situation au pays, est-ce qu'on peut dire qu'on a accompli des progrès? Certainement. Est-ce que ces progrès sont incroyablement lents? Certainement. La résistance de la part de la fraternité médicale est grande, particulièrement au Québec et en Ontario. C'est beaucoup moins vrai dans le Canada atlantique et dans les Prairies. Actuellement, il n'y a aucun moyen de surmonter cette résistance. Ai-je raison? Est-ce que c'est une interprétation juste de la situation au pays?

**La Dre Donnelly :** Je crois que c'est une interprétation juste si on met toute la situation en perspective. Cependant, il y a beaucoup d'endroits où on oppose une résistance. C'est dans ces endroits qu'il y a lieu de parler de pionniers des soins coopératifs. Si nous pouvons rejoindre les gens qui sont intéressés, travaillons avec eux. C'est ce qui se passe. Nous devons attendre que les gens adoptent davantage ce système pour l'appliquer partout. Toutefois, nous pouvons travailler avec les pionniers.

**Le président :** Je suis trop pessimiste n'est-ce pas? Je crois que je suis réaliste.

**La Dre Drance :** Ken soulève la question de l'accès, et de la facilité de l'accès. Beaucoup de services sont offerts, mais actuellement, lorsqu'une personne âgée en perte d'autonomie ou un être cher se demande qui appeler, où appeler, ce rôle de navigateur est essentiel. Les médecins de famille doivent eux aussi pouvoir naviguer dans le système. Nous n'avons pas réussi à regrouper tous ces services et à aider les gens à y accéder relativement facilement. C'est un système incroyablement complexe. Avec tous les autres problèmes avec lesquels les équipes interdisciplinaires sont aux prises, en général, pour ce qui est des soins dispensés aux adultes âgés, je crois que nous sommes vraiment des chefs de file en ce qui a trait à la facilité avec laquelle nous travaillons dans le cadre de modèles interdisciplinaires. Je ne dis pas que c'est le système idéal, mais il est bon relativement au reste du système de santé.

**Le président :** Lorsque vous dites « nous », de qui parlez-vous

**La Dre Donnelly :** « Nous », ce sont les gens qui travaillent en gériatrie ou qui travaillent avec des adultes âgés dans le domaine des soins aux personnes âgées. Nous nous rendons tous compte que les besoins physiques, psychologiques, mentaux et spirituels sont tous très complexes. Comme nous ne pouvons pas dispenser des soins de santé chacun dans notre coin, nous avons appris, je pense, à travailler efficacement ensemble. Est-ce qu'on peut faire mieux? Bien sûr, nous le pouvons. Encore une fois, le concept de collaboration entre les infirmières praticiennes, auxquelles on fait



allowed in certain provinces to visit somebody any more than once every two weeks by virtue of the medical plan, unless they are called.

**The Chairman:** Sorry, not allowed by whom?

**Dr. Drance:** They are not allowed by the medical plan, the fee-for-service model, so there is no ability to come more often.

As part of primary-care reform, we are looking at creating a residential-care physicians network. What will that take for the physicians finally to be part of the interdisciplinary team within a residential environment? We are having some interesting success in terms of working with physicians with an interest, because they want to be there, but they cannot do it if they are not compensated to do it.

**The Chairman:** If you have a couple of illustrative examples, scenarios or whatever, and you could send them to us, that would be great.

**Dr. Drance:** Certainly.

**Ms. Malach:** I am hearing what everybody is saying. I am a bit concerned that we have skipped over an issue of assessment and screening, and where primary-care fits into that. What the coalition has heard is that primary-care physicians want to be involved, but they do not have the assessment tools necessary to make accurate diagnoses, and there is real concern that cases are being missed. There are suicides — Charmaine would know the numbers — where literature shows that seniors who kill themselves have usually seen their primary-care physicians within two weeks or a month before their suicide. It is a real concern.

One thing that the coalition is working on with Health Canada is the creation of national guidelines in the areas of treatment and assessment for depression, delirium, suicide prevention, and behaviour and mood issues within long-term care facilities.

We have brought together people, and there are people in this room who are part of these groups. We have brought together all disciplines — primary care, psychiatry, psychology, social work, nursing, pharmacy, caregivers groups, and different cultural groups — to create guidelines for assessment and treatment. Once these collaborative groups are together, they actually have something in front of them to help guide the care they are providing. I wanted to emphasize the point that we also need to look at the assessment tools, the treatment tools, and the training that will be necessary once these guidelines are created to actually implement them.

de plus en plus appel, et le reste de l'équipe, constitue un modèle idéal en ce qui concerne des choses comme les soins en établissement, étant donné que les médecins, actuellement, n'ont pas le droit, dans certaines provinces, de rendre visite à un patient plus d'une fois aux deux semaines, conformément au régime médical à moins qu'on les appelle.

**Le président :** Pardon, qui leur interdit de le faire?

**La Dre Drance :** C'est le régime médical, le modèle de rémunération à l'acte, qui le leur interdit, Donc, ils ne peuvent pas venir plus souvent.

Dans le cadre de la réforme des soins primaires, nous envisageons de créer un réseau de médecins qui dispensent des soins en établissement. Que faudra-t-il faire pour que les médecins puissent enfin faire partie de l'équipe interdisciplinaire en établissement? Nous avons obtenu un succès intéressant en travaillant avec des médecins qui sont intéressés à le faire, parce qu'ils veulent être là, mais ils ne peuvent pas le faire s'ils ne sont pas rémunérés.

**Le président :** Si vous aviez quelques exemples, scénarios, ou quoi que ce soit, et que vous pouviez nous les envoyer, ce serait bien.

**La Dre Drance :** Certainement.

**Mme Malach :** J'ai écouté ce que tout le monde a dit. Je suis un peu préoccupée par le fait que nous ayons oublié la question de l'évaluation et du dépistage et de la place qu'occupent les soins primaires dans tout cela. La coalition a entendu dire que les médecins qui dispensent des soins primaires veulent participer, mais qu'ils ne disposent pas des outils d'évaluation nécessaires pour poser des diagnostics exacts, et on craint vraiment de passer à côté de cas importants. Il y a des suicides — Charmaine saurait combien —, et les recherches révèlent que la plupart des personnes âgées qui se suicident ont vu leur médecin de soins primaires dans les deux semaines ou dans le mois qui a précédé leur suicide. C'est un véritable problème.

L'une des choses sur lesquelles la Coalition travaille de concert avec Santé Canada, c'est la création de lignes directrices nationales dans les domaines du traitement et de l'évaluation de la dépression, du délire, de la prévention du suicide, et les problèmes de comportement et d'humeur dans les établissements de soins de longue durée.

Nous avons réuni des gens, et il y a des gens ici qui font partie de ces groupes. Nous avons réuni toutes les disciplines — soins primaires, psychiatrie, psychologie, travail social, soins infirmiers, pharmacie, groupes de soignants, et différents groupes culturels — pour créer des lignes directrices relativement à l'évaluation et au traitement. Une fois que ces groupes coopératifs sont ensemble, ils ont quelque chose entre les mains pour les aider à orienter les soins qu'ils dispensent. Je voulais vous faire comprendre que nous devons examiner aussi les outils d'évaluation, les outils de traitement et la formation qui seront nécessaires lorsque nous aurons créé ces lignes directrices, afin qu'on puisse les mettre en œuvre.

**Senator Gill:** Improving services does not mean adding services. Sometimes we have to adapt the services that have been there for quite some time. Personally, I have been treated by my mother and my grandmother, and I am still alive. Do you know what I mean? I lived in an isolated area and I am still alive.

We have big problems with our hospitals right now, and cannot afford the services that we are being given. What have we been doing as a solution? We are trying to add other services.

We should not start from one extreme and go to the other. If we want to improve our services, we should improve the existing services. I am not saying that we should do only that, but we should consider it. In the smaller communities, lots of people can help themselves. Aboriginals were independent. We were self-sufficient. Many treatments that were used in our communities years ago are still used in different forms. The same thing applies to small non-native communities.

I am talking about better coordination of existing services. Right now, when a person has a problem in an isolated community, a plane takes them to the hospital and it costs a lot of money. We are currently sending the people to the services instead of bringing the services to the people.

**Ms. Flower:** I would like to add to what Faith was saying about assessments, because without a good assessment, we have no information. The experts on assessments are not the clinicians. The experts on assessments are the persons themselves; hearing their stories. We have to take the time to hear their stories. There are certainly tools that are useful, and I think are used fairly regularly across the board. The Folstein Mini Mental State Examination and the clock drawing are things that give us information quickly. However, in the field of substance misuse, there is no tool that is specific to older adults that is sensitive enough to meet the needs of older adults. At the program I am working with we are hoping to be in some partnerships. We do have a tool that we have started on.

However, the reality is that the majority of people who are going into the field to the individual's home to do assessments do not ask specifically about alcohol use. We get a lot of information on the drugs that people are using, which is very helpful. However, that other little piece so often slips away.

**Ms. Barr:** I would like to bring the discussion back to the addiction issue. We have talked about opportunities and problems with a more formalized and funded system of care. I am not suggesting that we add a whole new raft of services or a whole new layer of funding. Charmaine pointed out that in terms of addiction, or more correctly, substance use problems for older adults, the services right now in the country are serving, I think she said, 0.4 of 1 per cent of people that are experiencing alcohol and other drug problems.

**The Chairman:** Half of 1 per cent?

**Le sénateur Gill :** Améliorer les services, ça ne veut pas dire ajouter des services. Parfois, nous devons adapter les services qui sont offerts depuis longtemps. Personnellement, j'ai été traité par ma mère et ma grand-mère et je suis toujours en vie. Voyez-vous ce que je veux dire J'ai vécu dans une région isolée et je suis toujours en vie.

Actuellement, nous sommes aux prises avec d'énormes problèmes dans nos hôpitaux. Nous ne pouvons pas payer les services que nous recevons. Qu'avons-nous fait pour corriger la situation? Nous essayons d'ajouter d'autres services.

Nous ne devrions pas aller d'un extrême à l'autre. Si nous voulons améliorer nos services, nous devrions améliorer les services existants. Je ne dis pas que nous ne devrions faire que cela, mais nous devrions l'envisager. Dans les petites collectivités, beaucoup de gens peuvent s'entraider. Les Autochtones étaient indépendants. Nous étions autonomes. Bon nombre de traitements qui étaient utilisés dans notre collectivité il y a des années sont toujours utilisés sous différentes formes. C'est la même chose pour les petites collectivités non autochtones.

Je parle d'assurer une meilleure coordination des services existants. Actuellement, lorsqu'une personne a un problème dans une collectivité isolée, on la transporte en avion à l'hôpital, et ça coûte beaucoup d'argent. Présentement, nous envoyons les gens vers les services plutôt que d'amener les services aux gens.

**Mme Flower :** J'aimerais ajouter quelque chose à ce que Faith a dit au sujet des évaluations, parce que, sans une bonne évaluation, nous n'avons pas d'information. Les experts en évaluation ne sont pas les cliniciens. Les experts en évaluation sont les gens eux-mêmes; il suffit d'écouter leur histoire. Nous devons prendre le temps d'écouter leur histoire. Il y a certes des outils utiles, et je crois qu'on les utilise assez régulièrement en général. Le mini-examen de l'état mental de Folstein et le test de l'horloge nous donnent rapidement de l'information. Cependant, dans le domaine de la toxicomanie, aucun outil visant spécialement les adultes âgés n'est assez sensible pour répondre à leurs besoins. Dans le programme où je travaille, nous espérons établir des partenariats. Nous avons commencé à travailler sur un outil.

Cependant, la réalité, c'est que la plupart des gens qui vont dans les foyers pour effectuer des évaluations ne posent pas de questions précises sur la consommation d'alcool. Nous obtenons beaucoup d'informations sur les médicaments que les gens prennent, ce qui est très utile. Cependant, souvent, cet autre petit détail nous glisse entre les mains.

**Mme Barr :** J'aimerais qu'on revienne à la toxicomanie. Nous avons parlé des débouchés et des problèmes liés à un système de soins plus structuré et mieux financé. Je ne veux pas dire que nous devons ajouter tout un nouveau lot de services ou une toute nouvelle couche de financement. Charmaine a signalé que, en ce qui concerne la toxicomanie, ou plutôt les problèmes de consommation des adultes âgés, les services offerts actuellement au pays rejoignent, je pense qu'elle a dit, 0,4 de 1 p. 100 des gens qui sont aux prises avec des problèmes d'alcool et d'autres drogues.

**Le président :** La moitié de 1 p. 100?



**Ms. Spencer:** Half of 1 per cent.

**Ms. Barr:** Less than half of 1 per cent.

**Ms. Spencer:** One half of 1 per cent of older adults who have substance use problems receive specialized services in Canada, specifically senior-specific addiction services. That is not to say that they do not have access sometimes to mental health services, or they may have access to a private counsellor and other kinds of services.

That access is to specifically specialized senior services for substance use problems. These programs are very scarce across the country. Realistically, not everybody needs that though.

That is really important to emphasize. It indicates this significant gap between needs and resources. With the Seeking Solutions project, one thing we focused on is emphasizing that there is a role, both in prevention and in terms of support and assistance, for many different people, partners within the community, to help older adults on the prevention side. In terms of being able to deal with issues at an early stage and then recognizing that for some individuals, there is that need for more ongoing kinds of supports and services for them. Again, we need to recognize that a continuum is needed for older adults.

**Ms. Barr:** The other point I wanted to make around that is because an older person can be served so successfully by following a number of principles that are based on evidence, based on evaluated programs, we know there are tremendous savings. Say, for example, a typical addiction service provider in a small community in Ontario. I worked in Peterborough, Ontario for many years. They had four or five staff that served the general population; aged 0 to 99, I think, is how they put it. However, for them to take the time to go into a senior's home and work with them individually was a luxury that they could not afford.

We did a community development model, and we brought a committee together to look at older adult issues and why they were not referred to the treatment service. In fact, we put in a proposal to the Change Foundation to try to get funding to measure what we felt could be shown. That was, had there been some intervention, they could be prevented from going to the emergency department on a revolving-door basis for constant episodes of moving from one facility to another, or moving from being close to eviction and ending up at emergency. What is considered a luxury or an expensive service from the addiction-treatment-provider point of view, which they could not afford to do, probably could be shown to have tremendous savings within the system itself. In any given community some of these individuals are well-known to many of the care providers. There is that feeling of, "What do we do?"

**Mme Spencer :** La moitié de 1 p. 100.

**Mme Barr :** Moins de la moitié de 1 p. 100.

**Mme Spencer :** La moitié de 1 p. 100 des adultes âgés qui sont aux prises avec des problèmes de consommation reçoivent des services spécialisés au Canada, surtout des services de traitement de la toxicomanie visant les personnes âgées. Ça ne veut pas dire qu'ils n'ont pas accès parfois à des services de santé mentale; ils peuvent consulter un conseiller privé et accéder à d'autres genres de services.

Je parle d'un accès spécifique aux services spécialisés offerts aux personnes âgées qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Ces problèmes sont très rares au pays. Mais en réalité, ce n'est pas tout le monde qui en a besoin.

C'est vraiment important que vous compreniez cela. Ça dénote un fossé important entre les besoins et les ressources. Dans le cadre du projet Seeking Solutions, l'une des choses sur lesquelles nous avons insisté, c'est que bien des gens différents, des partenaires dans la collectivité, peuvent jouer un rôle à la fois au chapitre de la prévention et du soutien et de l'aide, pour venir en aide à des adultes âgés en effectuant de la prévention. Il faut être capable de composer avec les problèmes dès le début et reconnaître que certaines personnes ont besoin de soutien et de services plus continuels. Là encore, nous devons reconnaître qu'il faut établir un continuum pour les adultes plus âgés.

**Mme Barr :** L'autre point que je voulais soulever à ce sujet, c'est qu'on peut très bien traiter une personne âgée si on suit un certain nombre de principes fondés sur des données probantes. À la lumière des programmes évalués, nous savons que cela permet de réaliser d'énormes économies. Prenons par exemple un fournisseur de services de traitement de la toxicomanie type dans une petite localité de l'Ontario. J'ai travaillé à Peterborough en Ontario, pendant de nombreuses années. Il y avait quatre ou cinq employés qui servaient le grand public. Je pense qu'ils disaient « les 0 à 99 ans ». Cependant, prendre le temps d'aller chez une personne âgée et de travailler avec elle individuellement, c'était un luxe qu'ils ne pouvaient se permettre.

Nous avons élaboré un modèle de mise en valeur des collectivités, et nous avons mis sur pied un comité qui examine les problèmes des adultes âgés et qui tente de déterminer pourquoi ils n'ont pas été aiguillés vers le service de traitement approprié. En fait, nous avons rédigé une proposition que nous avons envoyée à la Change Foundation pour essayer d'obtenir du financement afin de mesurer ce qui, selon nous, pouvait être démontré. On voulait prouver que, s'il y avait eu une intervention quelconque, on aurait pu leur éviter d'aller aux urgences à répétition, de déménager d'un établissement à un autre, ou d'être sur le point d'être évincés et de finir à l'urgence. Ce qui est considéré comme un luxe ou comme un service qui coûte cher, du point de vue des fournisseurs de traitement de la toxicomanie, qu'ils ne peuvent se permettre d'offrir, pourrait probablement se révéler comme étant une mesure qui permet au système d'économiser beaucoup d'argent. Dans n'importe quelle collectivité, certaines de ces personnes sont bien connues de nombreux fournisseurs de soins. On se demande : « Qu'est-ce qu'on fait ? »

**The Chairman:** This gets back to my data question: Has anybody done a study of any of these issues to show the potential savings? We know that governments are dollar oriented. The reason I want to come back subsequently to the research on the service side is it is critical not to rely on governments' willingness to do something because it is the right thing, however nice that would be, but in fact to get them to do it because it will save money.

**Ms. Barr:** I know that one small piece of research that was done in Winnipeg years ago — and Dr. Jasik is hoping that somebody will replicate it — did look at older adult admissions to emergency, and there was a startling figure on the prevalence of chemical dependency.

**The Chairman:** Do you have that reference somewhere?

**Ms. Barr:** Yes, I do. I can give it to you.

**The Chairman:** If you could, that would be great.

**Senator Pépin:** To come back to what Senator Cook and Senator Gill were speaking about, people who live in rural areas or outside the city have a problem with access to services and caregivers. If there were some access to those services in the rural areas, those people would not be obliged to move into a special home in the city. One of the solutions would be to find a way to provide access to those services in different areas.

I am always reminded of the Brandon example. They had to close the hospital and had only one doctor, but they were able to organize and offer access to a caregiver, a nurse practitioner and a doctor. They organized access to those services and it appears to be working quite well.

I was listening to the news this morning. The Minister of Health in Quebec is saying that building homes in which to put the elderly is not the solution. They have to find a way to stay at home or live in their neighbourhood. If we can find a way to provide access to services and caregivers, that would help a lot.

**Senator Gill:** Is there a study indicating where the people who live on the street in big cities like Vancouver, Toronto and Montreal come from?

**Ms. Barr:** Some of them have been evicted from their homes.

**Mr. Moselle:** We just took a look at all of the homeless people in the Lower Vancouver Island back in January when we did our homeless count, and a grossly disproportionate number come from Aboriginal communities. We know that a grossly disproportionate number of those people are psychiatrically disabled. I think a fair amount is known about homeless people, where they are coming from, and that is the pattern. That will keep coming up in those studies.

**Le président :** Cela nous ramène à la question que j'ai posée au sujet des données : est-ce que quelqu'un a étudié l'un de ces enjeux pour déterminer les économies qu'ils pourraient permettre de réaliser? Nous savons que les gouvernements ne pensent qu'à l'argent. La raison pour laquelle je voudrais revenir plus tard à la recherche relative aux services, c'est qu'il est essentiel non pas de se dire que les gouvernements vont le faire parce que c'est la bonne chose à faire, quelle que soit la beauté de la chose, mais bien de les amener à le faire parce que cela va leur permettre d'économiser de l'argent.

**Mme Barr :** Je sais que, il y a quelques années, on a effectué une petite étude à Winnipeg — et le Dr Jasik espère que quelqu'un va la reproduire, une étude dans le cadre de laquelle on a examiné les admissions d'adultes âgés à l'urgence, et il y avait une statistique alarmante relativement à la prévalence de la chimiodépendance.

**Le président :** Avez-vous la source quelque part?

**Mme Barr :** Oui. Je peux vous la donner.

**Le président :** Si vous le pouviez, ce serait bien.

**Le sénateur Pépin :** Pour revenir à ce que disait le sénateur Cook et le sénateur Gill, les gens qui habitent dans des régions rurales ou à l'extérieur de la ville ont de la difficulté à accéder aux services et aux soignants naturels. Si on pouvait avoir accès à ces services dans les régions rurales, ces personnes ne seraient pas obligées de déménager dans un foyer spécial en ville. Entre autres solutions, on pourrait trouver un moyen de fournir l'accès à ces services dans différentes régions.

L'exemple de Brandon me revient toujours à l'esprit. Même si l'hôpital a été fermé et qu'il ne restait plus qu'un médecin, les gens ont réussi à s'organiser afin d'offrir l'accès à un soignant naturel, à une infirmière praticienne et à un médecin. Ils ont fait en sorte qu'on puisse accéder à ces services, ce qui semble fonctionner très bien.

J'écoutais les nouvelles ce matin. Le ministre de la Santé du Québec disait que ce n'est pas la solution de construire des foyers pour y mettre les aînés. Ces derniers doivent trouver le moyen de rester chez eux ou d'habiter dans leur quartier. Si nous pouvions trouver comment leur fournir un accès aux services et aux soignants, ça aiderait beaucoup.

**Le sénateur Gill :** A-t-on mené une étude indiquant d'où viennent les itinérants qui se tiennent dans les grandes rues comme Vancouver, Toronto et Montréal?

**Mme Barr :** Certains d'entre eux ont été chassés de chez eux.

**M. Moselle :** Nous avons justement jeté un coup d'œil sur les sans-abri dans la partie inférieure de l'Île de Vancouver lorsque nous avons procédé au dénombrement des sans-abri en janvier dernier, et un nombre très disproportionné d'entre eux proviennent des communautés autochtones. Nous savons qu'un nombre très disproportionné d'entre eux souffrent de troubles psychiatriques. Je crois qu'on connaît pas mal de chose sur les sans-abri, entre autres d'où ils viennent, et c'est la tendance que révéleront constamment ces études.



**The Chairman:** Lucie's comment gave us a natural transition from talking about the primary care issue to the housing issue. I would like us to move into the housing question, but with a particular focus on the point that a number of my colleagues have raised, which is what do we do to keep them in their own homes and provide the services in the community, as opposed to, I hate to say it, warehousing them in either supported housing or big institutions of some kind?

**Ms. Crawford:** I just wanted to comment on access to service and the difference between rural and urban areas. Yes, obviously there are more services in an urban community. We provide supportive housing in two large public buildings in the city of Toronto, but we found that though the services are there, the people were not going. Why were they not going? One reason was transportation, one was a language barrier; another was poverty. We cannot forget about people who are paying over 75 per cent of their income in rent; they do not have the money to hop on the streetcar, even though it is \$1.20. They just do not have that money. Or due to their mental illness, they were delusional or paranoid or whatever. People were not going in the first place to see even their primary care physician. Therefore, when we look at a practical approach to supportive housing and how we can help fill the gap, basically, you get a staff member to go along with them.

If you have to, you pay for a cab to get them to their physician.

Talking about cultural barriers, one of our programs is in a large public housing building and one third of the population there is elderly Chinese. We have obviously put together a culturally diverse staff to ensure that we have people on duty 24 hours a day who speak Cantonese or Mandarin. That has been hugely important in breaking down not only the barriers within the building itself, but the barriers in regards to talking to the physicians. You talk about social isolation. Of course, when an older adult or senior gets to their doctor, many of them are so isolated they want to spend three hours there. It is their contact person. When we look at supportive housing, we can become the eyes and ears for those people who have real difficulty in expressing themselves.

I do take a little offence at the term "warehousing" in regard to supportive housing.

**Mr. Chairman:** I thought it might get a rise.

**Ms. Crawford:** Again, maybe this is an area where there are so many different terms and definitions, and misunderstandings of the term "supportive housing." It is in the people's communities. It is where they live. It is where they have lived for 40 years and have aged. We bring the services to them. It is not that we are

**Le président :** Lucie nous a permis de passer tout naturellement, au fil de nos discussions, des soins primaires au logement. J'aimerais donc aborder maintenant la question du logement, mais en mettant particulièrement l'accent sur la question qu'un certain nombre de mes collègues ont soulevée : Que devons-nous faire pour leur permettre de rester chez eux et leur offrir les services dans la collectivité, au lieu de tous les regrouper comme dans des entrepôts, je regrette de le dire, dans des logements supervisés ou de grands établissements de diverses catégories?

**Mme Crawford :** Je voulais juste faire des commentaires au sujet de l'accès au service et de la différence qui existe entre les régions rurales et les régions urbaines. Oui, il y a évidemment davantage de services dans une collectivité urbaine. Nous offrons des logements supervisés dans deux grands établissements publics de Toronto, mais nous avons constaté que, même si les services sont là, les gens n'y vont pas. Et pourquoi ça? Un : le transport, deux : la barrière linguistique, et trois : la pauvreté. Il faut se rappeler que ces gens doivent utiliser plus de 75 p. 100 de leur revenu pour payer leur loyer : ils n'ont pas d'argent pour prendre le tramway, même si ça coûte seulement 1,20 \$. Ils n'ont tout simplement pas l'argent pour cela. Ou bien, en raison de leur maladie mentale, ils peuvent être atteints de délire ou de paranoïa ou d'un autre problème du genre. Les gens n'y vont même pas pour consulter leur médecin de soins primaires. Par conséquent, lorsque nous envisageons un moyen pratique d'offrir des logements supervisés et une façon de resserrer l'écart on se rend compte en fait qu'un membre du personnel doit les accompagner.

S'il le faut, on ne doit pas hésiter à leur payer un taxi pour qu'ils puissent se rendre chez leur médecin.

En ce qui a trait aux barrières culturelles, soulignons qu'un de nos programmes est offert dans un grand foyer public, où le tiers des résidents sont de vieux Chinois. Nous avons évidemment mis sur pied une équipe diversifiée sur le plan naturel afin de veiller à ce que nous ayons sur place, 24 heures sur 24, des gens qui parlent le cantonais ou le mandarin. Cela a grandement aidé à éliminer non seulement les barrières à l'intérieur du foyer proprement dit, mais aussi celles touchant la communication avec les médecins. Vous parlez d'isolement social. Bien sûr, lorsque les personnes âgées vont voir leur médecin, bon nombre d'entre elles sont tellement isolées qu'elles aimeraient y passer trois heures. C'est une personne avec qui communiquer. Dans le cadre des logements supervisés, nous pouvons être les yeux et les oreilles de ces gens, qui ont beaucoup de difficulté à s'exprimer.

Je le prends donc un peu mal lorsque vous dites que les logements supervisés ne sont que des « entrepôts ».

**Le président :** J'ai bien pensé que ça soulèverait des objections.

**Mme Crawford :** Là encore, c'est peut-être un secteur où nous avons tellement de définitions et de termes différents que les gens ne comprennent pas bien le sens de l'expression « logements supervisés ». Les gens peuvent rester dans leur collectivité. C'est là qu'ils vivent. C'est l'endroit où ils ont vécu pendant quarante ans

asking them to move somewhere else where the supports are. We bring the services in to them. It is their homes. It is their communities.

In regard to cost effectiveness, we have found — even though we do not have lots of statistics because of lack of resources — in our own basic research that in the first year of a supportive housing program starting up in a public housing building, we were able to reduce 9-1-1 calls and use of emergency by about 75 per cent.

**Dr. Donnelly:** I want to make a comment on housing. Clearly, most seniors I meet want to stay in their own home, and that is a good place as long as you can get support services in. The problem is there are sometimes policies that do not allow you to bring in the appropriate support services for mental health clients. For instance, in B.C. right now we can get homemaking help for people who need help to take a bath. However, if people are suspicious and isolating themselves, we cannot get the homemaking services in. Their physical health is considered important, but not their mental health to the same degree. You have to look at the policies.

**The Chairman:** If you can give us illustrative examples of that it would help us, because the answer obviously — and you agree with this — if we cannot supply the services, is to change the policy.

**Dr. Donnelly:** Absolutely.

**The Chairman:** Illustrative examples of that would help put the meat on the bones of the description.

**Dr. Donnelly:** I can send them in later.

Another good example is that in assisted living, which we are moving towards in B.C., you have to be able to direct your own care. Therefore, if you are suffering from dementia to the point where you lose the capacity to direct your own care, you cannot have somebody else direct the care for you, so you cannot be sent to an assisted living facility. I can send you that note.

There are certain policies in supportive housing in B.C. that mean you cannot accommodate a certain level of dementia because you cannot have that kind of support going in. We really do have to look at a lot of those policies, but I will send you those examples.

**Mr. Moselle:** Following up on some examples of policies that are responsible for the situation that Martha was talking about, in our health authority they were planning to pull home support from 173 psychiatrically disabled adults.

However, some senior executive was concerned that maybe something bad would happen. We did an in-depth, methodologically rigorous projected risk analysis of what might happen to those people. We came up with some interesting findings, such as 43 per cent of these 173 adults were living in

et où ils ont vieilli. Nous leur apportons les services. Ce n'est pas comme si nous leur demandions de déménager ailleurs pour obtenir l'aide requise. Nous leur apportons les services. C'est leur foyer. C'est leur collectivité.

Sur le plan de la rentabilité, nous avons constaté — même si nous n'avons pas beaucoup de statistiques en raison d'un manque de ressources — dans nos recherches de base, que, dès la première année où nous offrons un programme de logements supervisés dans un foyer public, nous pouvons réduire d'environ 75 p. 100 le nombre d'appels 9-1-1 et de situations d'urgence.

**La Dre Donnelly :** J'aurais un commentaire à faire au sujet des foyers. De toute évidence, la plupart des aînés aimeraient mieux rester chez eux, et c'est une bonne chose tant qu'on peut y obtenir les services requis. Le problème c'est que certaines politiques ne permettent pas de fournir à domicile les services de soutien nécessaires aux clients souffrant de troubles mentaux. Par exemple, en Colombie-Britannique, on offre actuellement des services d'aide ménagère aux personnes qui ont besoin d'aide pour prendre leur bain. Toutefois, lorsque les gens sont méfiants et s'isolent, nous ne pouvons pas leur fournir ce genre de service. On attache de l'importance à leur santé physique, mais pas autant à leur santé mentale. Il faut revoir les politiques.

**Le président :** Si vous pouviez nous donner des exemples concrets de cela, ça nous aiderait car, si nous ne pouvons pas dispenser les services, nous devons de tout évidence — vous en conviendrez, j'en suis sûr — modifier les politiques.

**La Dre Donnelly :** Tout à fait.

**Le président :** Des exemples concrets, qui nous aideraient à mieux comprendre votre description.

**La Dre Donnelly :** Je pourrais l'envoyer plus tard.

Un autre bon exemple, c'est que, dans les résidences-services, vers lesquelles nous nous dirigeons en Colombie-Britannique, on doit être en mesure de prendre soin de sa santé. Par conséquent, si une personne souffre de démence au point où elle perd toute capacité de prendre soin d'elle-même, elle ne pourra pas être envoyée dans une résidence-services, car elle ne peut même pas s'assurer que quelqu'un s'occupe d'elle. Je peux vous envoyer cette note.

En Colombie-Britannique, on a établi certaines politiques en matière de logements supervisés selon lesquelles on ne peut répondre aux besoins des personnes gravement atteintes de démence, car les soins requis ne peuvent y être offerts. Nous devons vraiment revoir bon nombre de ces politiques, mais je vous enverrai ces exemples.

**M. Moselle :** Pour revenir à certains exemples de politiques ayant causé la situation dont Martha parlait, notre autorité de la santé comptait retirer le soutien à domicile offert à 173 adultes souffrant de troubles psychiatriques.

Toutefois, certains cadres supérieurs ont craint que cela ne donne des résultats désastreux. Nous avons procédé à une analyse méthodologique rigoureuse et approfondie de ce qui risquait d'arriver à ces gens. Nous sommes arrivés à des résultats intéressants, par exemple, le fait que 43 p. 100 de ces 173 adultes



squalor, despite the fact that they were receiving some home support; 53 per cent or more were actively psychotic at the time the assessment was done. Depending on how you projected risk — and you could do it using a variety of means with a great deal of information that we had collected — we estimated that two-thirds of those individuals would be booted onto the street anywhere within 72 hours to six months of home support being pulled. I can send you the executive summary of that study, but it turned that policy right around.

That home support is still in place.

**Senator Callbeck:** Suzanne, in your opening remarks you mentioned St. Anne's Place, and I have been reading about it here in your brief. Certainly I commend you for this initiative. I am wondering about the financing. How was this financed initially? What about operating costs? Who pays for the expenses?

**Ms. Crawford:** We receive funding from the Ministry of Health and Long Term Care of the Ontario provincial government for the supportive housing aspect only. We employ personal support workers.

It is a non-medical model. Presently the building has 110 units but we only receive funding to serve 35 of those. We have had a request in to the government for the last four years to expand and enhance the services there.

In Ontario there has been no new funding for expansion of supportive housing services in the last five years.

St. Anne's is extremely affordable because we have formal rent-geared-to-income units, which came from the City of Toronto. It was operated by the province for many years and we were actually one of the last groups to be downloaded to the city; 85 of the 110 units are rent geared to income. People pay a portion of their income towards the rent.

**Senator Callbeck:** What portion is that?

**Ms. Crawford:** Thirty per cent.

**Ms. MacCourt:** I hope our discussion about housing will also be in terms of long-term care facilities. It gets back to the idea that every place can be a community, but there need to be resources in place to do that. The rhetoric about people remaining close to home, at home and so forth has sometimes been to the detriment of family caregivers and care aides who have not been given the resources, the education or the training — which we will go into later — to be able to do a job beyond providing custodial care. I am interested in housing as an environmental milieu, as a tool for mental health, for or against mental health, if you like. I am hoping we can discuss it in that framework too.

vivaient dans la misère, même s'ils recevaient un certain soutien à domicile, et qu'au moins 53 p. 100 d'entre eux étaient gravement psychotiques au moment de l'évaluation. Selon la méthode que nous avons utilisée pour évaluer les risques — et nous pouvions le faire de diverses manières avec toute l'information que nous avons recueillie — nous avons estimé que les deux tiers de ces personnes se retrouveraient dans la rue dans les 72 heures à six mois après avoir cessé de recevoir des services à domicile. Je peux vous envoyer le sommaire de cette étude, mais il n'empêche que cela a changé la politique du tout au tout.

On offre toujours ce soutien à domicile.

**Le sénateur Callbeck :** Suzanne, dans votre mot d'ouverture, vous avez parlé de St. Anne's Place, et j'ai lu ce que vous avez écrit à ce sujet dans votre mémoire. Je vous félicite assurément de cette initiative. Je me pose des questions au sujet du financement. Comment a-t-on financé cela initialement? Quels en ont été les coûts de fonctionnement? Qui assume les dépenses?

**Mme Crawford :** Nous recevons des fonds du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée pour le volet logement supervisé uniquement. Nous comptons des préposés aux services de soutien à la personne.

C'est un modèle non médical. À l'heure actuelle, l'établissement est doté de 110 unités, mais nous recevons des fonds uniquement pour 35. Depuis quatre ans, nous demandons au gouvernement de nous aider à accroître et à améliorer les services offerts là-bas.

Au cours des cinq dernières années, l'Ontario n'a pas injecté de nouveaux fonds pour l'expansion des services assortis au logement supervisé.

St. Anne's est très abordable parce que nous avons des unités dont le loyer est indexé officiellement sur le revenu, legs de la Ville de Toronto. La province les a administrées pendant de nombreuses années, et nous sommes en fait l'un des derniers groupes à bénéficier à un transfert à la Ville : 85 des 110 unités ont un loyer indexé sur le revenu. Les gens utilisent une partie de leur revenu pour payer le loyer.

**Le sénateur Callbeck :** Dans quelle proportion?

**Mme Crawford :** 30 p. 100.

**Mme MacCourt :** J'espère que notre discussion sur les logements portera également sur les établissements de soins de longue durée. Cela nous ramène à l'idée selon laquelle tous les endroits peuvent constituer une collectivité, mais nous avons besoin de ressources pour cela. En soutenant que les gens sont mieux s'ils restent près de chez eux ou qu'ils reçoivent des soins à domicile, et ainsi de suite, on oublie parfois que les aidants naturels et les soignants n'ont pas reçu les ressources, l'éducation ou la formation — question sur laquelle nous reviendrons — qui leur permettraient de dispenser des services allant au-delà des soins de garde. Je suis intéressée par un logement qui représente un milieu environnemental et un outil de santé mentale, ou de soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux si vous préférez. J'espère que nous pourrions discuter de la question dans ce contexte également.

**Ms. Spencer:** A lot of my comments have already been covered by Suzanne and by Martha Donnelly.

I too was quite surprised by the use of the word “warehousing” in terms of supportive housing. I am wondering if it might be beneficial if Suzanne and I were to put together a glossary of terms as they are used across the country so that there is a common understanding of the different kinds of housing approaches. I think that might help to correct some of the assumptions that people may have about what supportive housing is, what assisted living is, what a care facility is.

**The Chairman:** That would be really helpful. We have already concluded that we will have to put a glossary in our report. Simple example: “Peer support” is used in some places. It is called “self-help groups” in others. Some people like the term “consumer,” some like “patient,” some like “consumer/survivor,” and so on. In the end we will choose a word, but we will put in a definition so everyone will know what it means. If you two would not mind doing that, that would be great.

**Ms. Spencer:** Following up on Martha Donnelly’s comments, I would be very happy to offer examples of policies and regulations in the housing area that work to the detriment of older adults with mental or substance use problems. I am thinking specifically of things like the exit criteria within what we call in our province “assisted living,” and some of the challenges there. I would be able to use that to provide both vignettes and a brief explanation.

**The Chairman:** That would be great.

**Ms. Malach:** I have two points to make. The first is when we are talking about support for people in the community, I want to emphasize that the supports need to be not only for the individual with the mental illness, but also the caregiver. At a home care forum that I attended we heard a lot about the fact that the individual with the mental health problem is at home and being cared for, but it is the respite that the caregiver, the wife, the spouse needs to keep the person at home that is critical. Often, they have to transfer somebody to a long-term care facility because they simply cannot handle it, and when we are talking about caregivers in the case of seniors, we are often talking about a spouse — an 86-year-old taking care of an 88-year-old.

The second issue that I want to pick up on is Penny’s point that when we are talking about the housing continuum, we are also talking about long-term care facilities, retirement homes, assisted living facilities. One of the recent problems is the integration of the services in the community versus the services when people are admitted to long-term care facilities. For example, we know of the case in Ontario where a man was living in the community and had had all kinds of assessments, but within the first few hours of

**Mme Spencer :** Suzanne et Martha Donnelly ont déjà touché beaucoup des points que je voulais soulever.

Je suis également très surprise qu’on ait l’air de dire que les logements supervisés ne sont qu’un moyen d’« entreposer » tous les gens. Je me demande si Suzanne et moi ne devrions pas établir un glossaire des termes utilisés au pays, afin qu’on comprenne tous en quoi consistent les différentes approches dans le domaine du logement. Je crois que ça pourrait permettre de corriger certaines des idées préconçues que les gens se font au sujet des logements supervisés, des résidences-services et des établissements de soins.

**Le président :** Ce serait très utile. Nous avons déjà conclu que nous devons assortir notre rapport d’un glossaire. Exemple tout simple : on parle parfois de « soutien par les pairs », et à d’autres, de « groupes d’entraide ». Certaines personnes préfèrent le terme « bénéficiaire », d’autres, le mot « patient », et d’autres encore, l’expression « consommateur/survivant », et ainsi de suite. Au bout du compte, nous choisirons un terme, mais nous le définirons afin de nous assurer que tout le monde sait de quoi on parle. Si vous acceptiez toutes les deux de faire ça, ce serait formidable.

**Mme Spencer :** Pour donner suite aux commentaires de Martha Donnelly, je serais très heureuse de présenter des exemples de politiques et de règlements établis dans le domaine du logement qui causent du tort aux personnes âgées souffrant de problèmes mentaux ou de toxicomanie. Je songe en particulier à des choses comme les critères de sortie dans le cadre de ce que nous appelons dans notre province des « résidences-services », et certains des problèmes que cela pose. Je pourrais utiliser cet exemple pour présenter les deux info-capsules et de brèves explications.

**Le président :** Ce serait formidable.

**Mme Malach :** J’ai deux points à soulever. Premier point : je tiens à souligner que lorsqu’on parle de soutien aux gens dans la collectivité, on doit tenir compte des soutiens requis non seulement pour les personnes souffrant d’une maladie mentale, mais aussi pour les soignants. Au cours d’une tribune sur les soins à domicile à laquelle je participais, nous avons beaucoup entendu parler du fait que, même si c’est la personne souffrant de problèmes mentaux qui est à la maison et reçoit des soins, le répit dont le soignant, l’épouse ou l’époux a besoin pour garder la personne à la maison est essentiel. Souvent, le soignant est obligé de transférer la personne dont il s’occupe à un établissement de soins de longue durée parce qu’il n’arrive tout simplement pas à composer avec la situation, et, lorsque nous parlons de soignants, dans le cas des aînés, nous parlons souvent d’un conjoint — par exemple, un aîné de 86 ans soignant un aîné de 88 ans.

Deuxième point : pour revenir sur l’argument de Penny, lorsque nous parlons de la gamme des logements, nous parlons aussi des établissements de soins de longue durée, des maisons de retraite et des résidences-services. Parmi les problèmes récents, mentionnons l’intégration des services dans la collectivité par rapport aux services offerts lorsqu’une personne est admise dans un établissement de soins de longue durée. Par exemple, nous avons entendu parler du cas d’un homme en Ontario qui habitait



being admitted to a nursing home, he killed two other residents. All kinds of questions were raised as to why mental health and illness were not assessed prior to his admission. Why was it not assessed again when he was admitted? Where is the gap between what is going on in the community and what is going on when people are admitted?

**The Chairman:** Your comment on the assistance at home reminds me of my 90-year-old grandmother, who looked after my 92-year-old grandfather until he passed away, and she thought she was fine.

**Mr. Moselle:** Just to give you a little cross-cultural information here, I lived and worked for many years in Malaysia and Singapore. In Malaysia the solution to all of these problems was quite simple — provide more or less no services. However, the reason that worked was the extended family network was largely intact, and that is a very resilient unit for dealing with complex problems.

In Singapore the solution was quite different. The Government of the Republic of Singapore will lend you money to purchase an apartment if you purchase one within three kilometres of where either your parents or your spouse's parents live. If you want to live further away than three kilometres from either set of parents, of course you can do that, but you have to purchase your own apartment. That was the Singaporean solution. I am not advocating that, but it is an interesting concept.

Of all the discussions today, I am most focused on this discussion of supportive housing. If I had some money and a magic wand that I could wave once to overcome organizational inertia, I would spend the money on supportive housing and use the magic wand to help promote a paradigm shift in the delivery of care within mental health and addictions. Despite the fact that mental health and addictions have been marginalized on a legislative, policy and funding level, when you look at the paradigms that govern care, it is still more or less an extension of acute care. That is still the dog that wags the tail of all the services in the community. We have to be clear on what is the dog and what is the tail in this situation.

When you move into the community, the paradigm shift is away from the notion that health care for people with chronic mental health and addictions problems, and seniors, is prescriptions to treat illnesses within that population. The treatment is supported housing, with somebody there every day to help look after people whose problems come up constantly for the duration that they have what is typically a chronic condition. We did take a look at a supported cluster care model within our health authority, at the characteristics of the clients who are being maintained within that facility. It is a very complex but very

dans la collectivité et qui avait fait l'objet de toutes sortes d'évaluations, mais quelques heures après avoir été admis dans une maison de soins infirmiers, il a tué deux autres résidents. On s'est posé toutes sortes de questions à ce sujet, entre autres, pourquoi on n'avait pas évalué son état mental et sa maladie avant qu'il ne soit admis. Pourquoi ne l'a-t-on pas évalué de nouveau lorsqu'il a été admis? Où est l'écart entre ce qui se passe dans la collectivité et ce qui se passe lorsque les gens sont admis?

**Le président :** Votre commentaire au sujet de l'aide à domicile me rappelle le cas de ma grand-mère qui, à l'âge de 90 ans, s'est occupée de mon grand-père alors âgé de 92 ans jusqu'à ce qu'il nous quitte, et elle estimait pouvoir s'en sortir.

**M. Moselle :** Histoire de vous donner maintenant quelques renseignements sur ce qui se passe dans les autres cultures, sachez que j'ai vécu et travaillé pendant de nombreuses années en Malaisie et à Singapour. En Malaisie, la solution à tous ces problèmes était bien simple : ne fournir pour ainsi dire aucun service. Toutefois, ça fonctionnait quand même parce que le réseau familial élargi était en grande partie intact, et c'est une unité très solide qui permet de résoudre des problèmes complexes.

À Singapour, la solution est assez différente. Le gouvernement de la République de Singapour vous prête de l'argent pour que vous achetiez un appartement dans un rayon de trois kilomètres de l'endroit où vos parents ou les parents de votre époux habitent. Si vous voulez habitez au-delà de ce rayon, vous le pouvez évidemment, mais vous devrez acheter votre propre appartement. C'est la solution qu'a trouvée Singapour. Je ne cherche pas à défendre ce concept, mais il est intéressant.

Parmi tous les points dont nous avons discuté aujourd'hui, je suis plus intéressé par notre discussion sur les logements supervisés. Si j'avais de l'argent et que je pouvais combattre d'un coup de baguette magique l'inertie organisationnelle, je consacrerai cet argent aux logements supervisés et, à l'aide de ma baguette magique, j'encouragerais les gens à changer leur façon de dispenser des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie. Malgré le fait qu'on a marginalisé les troubles mentaux et les toxicomanies sur le plan des lois, des politiques et du financement, lorsqu'on tient compte du paradigme entourant les soins, on constate que c'est encore plus ou moins un prolongement des soins aigus. Parmi tous les services offerts dans la collectivité, c'est encore eux qui représentent le noyau sur lequel se greffent tous les services dans la collectivité. Nous devons déterminer clairement ce qui est le noyau et ce qui constitue les éléments accessoires dans cette situation.

Lorsqu'on observe la collectivité, on constate, par exemple, qu'on s'éloigne de plus en plus de la notion selon laquelle les soins de santé destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux chroniques et de toxicomanie, ainsi qu'aux aînés, se limitent à des ordonnances visant à traiter les maladies de ces gens. Le traitement, c'est celui qu'offrent les logements supervisés, où quelqu'un est là chaque jour pour s'occuper des personnes dont les problèmes ne partiront pas parce que leur état est généralement chronique. Nous avons étudié un modèle de soins regroupés et supervisés, administré par notre autorité de la santé,

viable model of care, with a per diem cost that was probably one-half to one-third of that to put a person in a more traditional licensed residential care facility.

Therefore, I think supported housing is the real improvement opportunity, and exploring a viable model for supported cluster care or assisted living for people who may be elderly, but most of whom are actually not frail — au contraire. However, they cannot direct their care and they need a different kind of support. I think there is a tremendous improvement opportunity there.

**Senator Gill:** Since we have a lot of experienced people around the table and we will have to make recommendations, I would like to know what recommendation you would make concerning more and more First Nations people moving downtown and more Aboriginals being jailed.

Could we say that the services for the general public are at the same level as those for Aboriginal people? I would like to hear comments on that if we have time.

**The Chairman:** I will come back to that in a second.

**Dr. Drance:** Just to go back to the housing issue, perhaps we cannot completely manage the more complex needs at home, regardless of how much respite there is, but I think we can do much more than warehouse people. I would love to say we do not do that necessarily in long-term care. However, some people do. For some people, that is the quality that can be delivered. I also agree with Ken that we are looking at significant paradigm shifts to actually see the care-home world as a community focused on people's well-being.

Getting back to Senator Cook's comments about animals and children, and natural elements being part of people's homes, pet therapy is a very nice concept. It also means, however, that the animal comes but then goes. It constantly reminds people who like to be with animals of what they have lost.

The same applies to being able to care for a garden or your own home. We assume that when people are very frail they just need to be recipients of constant care, but in fact they need opportunities to give back, otherwise they lose their raison d'être.

I would like to suggest that there are different models than we traditionally use within our long-term care settings regardless of the physical environments. We mentioned that those buildings look like hospitals. However, if you work hard enough, you can create community even in those lousy architectural developments. To do that there has to be a profound attitudinal shift, from the directors to the front line staff, to families, to people who live

afin de savoir ce qui caractérise les clients soignés dans ces établissements. C'est un modèle de soins très complexe, mais très viable, où les coûts journaliers équivalent probablement à la moitié ou au tiers de ceux associés au fait de placer une personne dans un établissement de soins résidentiels enregistré plus commun.

Par conséquent, je crois que les logements supervisés sont vraiment l'occasion d'améliorer les choses et d'explorer un modèle viable de soins regroupés et supervisés ou de résidences-services à l'intention de personnes qui sont peut-être âgées, mais qui ne sont pas en fait en perte d'autonomie — au contraire. Toutefois, ces personnes sont incapables de s'occuper d'elles-mêmes et ont donc besoin d'une autre sorte de soutien. Je crois que c'est l'occasion ici d'améliorer grandement les choses.

**Le sénateur Gill :** Comme nous avons beaucoup de gens expérimentés autour de la table et que nous devons présenter des recommandations, j'aimerais connaître votre recommandation au sujet du fait que de plus en plus de membre des Premières nations s'installent au centre-ville et de plus en plus d'Autochtones se retrouvent en prison.

Pourrions-nous dire que les services offerts au grand public sont du même niveau que ceux offerts aux Autochtones? J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet si nous en avons le temps.

**Le président :** Je vais revenir là-dessus dans quelques instants.

**La Dre Drance :** Pour revenir au logement, peut-être que nous ne pourrions pas gérer complètement les besoins plus complexes à domicile, en dépit de tous les services de relève, mais je crois qu'on peut faire mieux que d'essayer d'entreposer les aînés. J'aimerais bien penser que ce n'est pas une chose que nous faisons nécessairement dans le cas des soins à long terme. Néanmoins, c'est le cas pour certaines personnes. Pour certaines personnes, c'est la qualité qu'on peut offrir. Je suis également d'accord avec Ken : il faudra modifier grandement les soins à domicile pour qu'ils soient de plus en plus axés sur le bien-être des gens.

Pour revenir aux commentaires du sénateur Cook au sujet du fait que les animaux, les enfants et les éléments naturels font partie du foyer d'une personne, je dirais que la zoothérapie est un très bon concept. Néanmoins, cela signifie qu'il faut aussi voir des animaux venir et partir. Cela rappelle constamment aux gens qui aiment les animaux ce qu'ils ont perdu.

De même, les gens devraient être en mesure de s'occuper d'un jardin ou de leur chez-eux. Nous avons tendance à croire que les gens très frêles ont simplement besoin de soins constants, mais, en fait, ils doivent avoir aussi l'occasion de se donner, sinon ils perdent leur raison d'être.

D'après moi, nous pourrions nous servir de modèles différents de ceux que l'on utilise à l'intérieur de nos établissements de soins de longue durée, quel que soit le milieu physique. Nous avons parlé de ces édifices qui ressemblent à des hôpitaux. Toutefois, en faisant des efforts, on peut établir une collectivité même dans ces bâtiments mal construits. Pour ce faire, il faut un profond changement d'attitude chez tout le monde, des directeurs aux



there, and a change in philosophy of care. I have mentioned in my brief a number of options for creating that kind of environment.

I also wanted to mention the situation that Faith talked about, the Casa Verde inquest. The coroner's report was superb with respect to recommendations that came out of that scenario. If we followed those recommendations, we would be creating environments that were, first, much safer, and second, provided a much better quality of life for people living in residential care.

**The Chairman:** Do you want to send us those recommendations?

**Dr. Drance:** They are actually in my brief.

**The Chairman:** Good, because I have not had time to read it.

**Ms. Sirett:** We will probably need to speak more about this when we talk about multicultural and diversity issues. However, when you ask what is being done for the Aboriginal population, in an environment like Vancouver we are starting to look at models of working on the different strengths within a community and developing services that work for the Aboriginal community. It is a limited program and it is not enough, but we have a native liaison program worker who runs traditional sweat lodges for clients with mental illness. With his experience of working with people with mental health problems, he has an understanding, acceptance and tolerance of their behaviour. There are small examples of things that are happening. Again, it is not enough, and I cannot speak to all of them, though I should be able to.

**Ms. Flower:** I would just like to reflect on what Elizabeth was saying. I had an opportunity to be in Hong Kong and look at the care provided in an institutional setting for older adults who had physical, mental and developmental difficulties. I saw simple things such as flooring that was really important in reducing falls, upholstery that was washable but not plastic. Yes, it is a bigger cost, but not a huge one. I will send you some information about it. As you are aware, I work in a hospital, and when behaviours get too severe, people will be isolated. Our method of isolating someone is in a room with a bed that is bolted to the floor. In Hong Kong they used a room that was made to look like a living room. Yes, everything was bolted down, but there were comfortable chairs. There was a television set. There were knickknacks on the bookcase. What is the difference? The difference is that when you are in a place where there is just a bed, your anxiety rises enormously, and we are trying to de-escalate the behaviours. I did see an older person being taken into this room, and that person's attitude changed, because it was recognizably a room in a home. It might be someone else's home. However, that impacts the behaviour. People could go back to the

employés de première ligne en passant par les familles et les gens qui y vivent, ainsi qu'un changement de philosophie des soins. Dans mon mémoire, j'ai mentionné un certain nombre d'options pouvant permettre ce genre de milieu.

J'aimerais aussi faire des commentaires au sujet de la situation dont Faith a parlé : l'enquête du centre de santé Casa Verde. Le rapport du coroner offre de très bonnes recommandations à la suite de cet incident. Si nous les suivons, nous pourrions créer un milieu qui soit, tout d'abord, beaucoup plus sécuritaire, et ensuite, qui permettent aux gens vivant dans des établissements de soins d'avoir une bien meilleure qualité de vie.

**Le président :** Voulez-vous nous envoyer ces recommandations?

**La Dre Drance :** En fait, elles se trouvent dans mon mémoire.

**Le président :** C'est bien, car je n'ai pas eu le temps de le lire.

**Mme Sirett :** Nous devons probablement parler davantage de cette question lorsque nous nous pencherons sur le multiculturalisme et la diversité. Toutefois, comme vous vouliez savoir ce qu'on fait pour les Autochtones, je vous dirais que, dans un milieu comme Vancouver, nous commençons à envisager des modèles qui permettent de tirer parti des différentes forces d'une collectivité, ainsi qu'à élaborer des services adaptés à la communauté autochtone. C'est un programme limité, et ce n'est pas assez, mais nous avons un préposé aux programmes de liaison avec les Autochtones, qui dirige des séries traditionnelles à l'intention des clients souffrant d'une maladie mentale. Comme il est habitué à travailler auprès de gens ayant des problèmes mentaux, il sait comprendre, accepter et tolérer leur comportement. Nous avons eu de petits exemples de choses qui fonctionnent bien. Là encore, ce n'est pas assez, et je ne peux parler pour tous, même si j'aimerais pouvoir le faire.

**Mme Flower :** J'aimerais me pencher sur ce que Elizabeth a dit. J'ai eu l'occasion d'aller à Hong Kong et de voir le genre de soins dispensés dans un établissement institutionnel à des personnes âgées qui souffraient de troubles physiques et mentaux et de déficiences. J'ai vu des choses simples comme un revêtement de plancher conçu pour réduire les chutes et des meubles lavables, mais pas en plastique. Oui, c'est un peu plus cher, mais pas tant que ça. Je vous enverrai des renseignements à ce sujet. Comme vous le savez, je travaille dans un hôpital, et, lorsque le comportement d'une personne devient trop risqué, on l'isole. Notre façon de faire, c'est d'isoler quelqu'un dans une pièce assortie d'un lit fixé au plancher. À Hong Kong, on utilisait une pièce décorée comme un salon. Oui, tout était fixé au plancher, mais il y avait des chaises confortables. Il y avait un téléviseur. Il y avait des bibelots sur les étagères de la bibliothèque. Quelle est la différence? La différence, c'est que, lorsque quelqu'un se trouve dans un endroit où il y a juste un lit, son anxiété augmente beaucoup, alors que nous essayons en fait de la réduire. Lorsque j'étais là-bas, on a amené une personne âgée dans cette pièce, et son attitude a changé, car c'était une pièce qu'on pourrait

behaviours that were more familiar to them, and they were certainly calmed down much faster and in a much safer, more respectful way.

**Ms. Crawford:** I just wanted to make a comment about family and caregiver support. Yes, it is extremely important, but we cannot forget that there is a group of older adults and seniors out there who have nobody. Whether it is because, due to their mental illness, they unfortunately did not develop a relationship, have a family, or through again unfortunate circumstances with mental illness and addictions, the family support just is not there any more. We need to be looking at a supportive environment for them where they can live with dignity and respect. They do not have to be warehoused in a deplorable boarding home, sharing a room with three other older men and having to urinate in a bucket under the bed because they cannot get into the bathroom.

When we opened St. Anne's we worked closely with the women's shelters and moved in 50 older adult and senior women who were homeless and living in the shelter system. Why were they homeless and living in the shelter system? Through mental illness or whatever, they were evicted from their apartment and have nobody. They have nobody. There is an entire group out there who do not have that kind of family caregiver support, and we cannot forget about them.

**Ms. Spencer:** I would like to build on some of the comments that Suzanne made about having family. Another part of that is recognizing that not all family relationships are necessarily supportive, and that in different kinds of circumstances they can become strained. One of the areas that I work in is abuse and neglect issues for older adults, and particularly the dimensions of physical, psychological and financial abuse.

One of the most common risk factors in the area of elder abuse — I do not like that term — is substance use and mental health issues. Sometimes it is the older adult who has the problem. Sometimes it is the other person, usually another family member, who has the problem. Typically, we are talking about people in their forties with mental health and substance use problems and who are unable to find affordable housing, obtain appropriate services or have adequate financial resources, either through employment or social assistance. They tend to move back with aging parents. If all of their different needs, including their mental health or substance dependence needs, are not being appropriately met within the community, then they suffer and their parents suffer. Therefore, when we are thinking of issues for seniors around mental health, we also need to be cognizant of the intergenerational issues in this area.

retrouver dans n'importe quelle maison. Ça aurait pu être la maison de quelqu'un d'autre. Or, cela a un impact sur le comportement. Les gens peuvent reprendre des habitudes qu'ils connaissent bien, et il ne fait aucun doute qu'ils se calment beaucoup plus rapidement, et qu'on leur permet de le faire de façon beaucoup plus sécuritaire et respectueuse.

**Mme Crawford :** Je tenais seulement à présenter des commentaires au sujet des aidants naturels et des soignants. Oui, c'est extrêmement important, mais nous ne devons pas oublier qu'il y a là-bas un groupe de personnes âgées et d'aînés qui n'ont personne. C'est peut-être en raison de leur maladie mentale, mais ils n'ont malheureusement pas réussi à avoir une relation ou à fonder une famille; pour d'autres, là encore, en raison de circonstances malheureuses associées à leur maladie mentale ou à leur toxicomanie, leur famille ne leur offre tout simplement plus aucun appui. Nous devons leur trouver un milieu où ils recevront le soutien requis et où ils pourront vivre dans la dignité et le respect. On ne devrait pas avoir à les regrouper tous ensemble dans un foyer déplorable, où ils doivent partager une chambre avec trois autres hommes âgés et doivent uriner dans un seau sous le lit parce qu'ils ne peuvent se rendre jusqu'à la salle de bain.

Lorsque nous avons ouvert St. Anne's, nous avons travaillé en étroite collaboration avec des refuges pour femmes et avons transféré 50 femmes âgées qui étaient sans abri et vivaient donc dans des refuges. Pourquoi ces femmes étaient-elles sans abri et vivaient-elles dans des refuges? À la suite d'une maladie mentale ou d'autres problèmes, elles ont été chassées de leur appartement et n'ont personne. Elles n'ont personne. Il y a tout un groupe de gens dans notre société qui ne peuvent recevoir le soutien d'un aidant naturel, et nous ne devons pas les oublier.

**Mme Spencer :** J'aimerais revenir sur certains des commentaires que Suzanne a présentés au sujet de la famille. Il faut reconnaître par ailleurs que ce ne sont pas nécessairement toutes les familles qui se soutiennent, et que les relations familiales peuvent devenir tendues à la suite de différentes circonstances. J'étudie entre autres les problèmes de négligence et de mauvais traitements auxquels font face les personnes âgées, notamment les dimensions physique, psychologique et financière de ces mauvais traitements.

Parmi les facteurs de risque les plus courants de mauvais traitements des personnes âgées — je n'aime pas cette expression —, mentionnons la toxicomanie et les troubles mentaux. Parfois, c'est la personne âgée qui a un problème. Parfois, c'est l'autre personne, habituellement un autre membre de la famille. En général, nous parlons de gens dans la quarantaine qui souffrent de problèmes mentaux et de toxicomanie et ne peuvent trouver un logement abordable, ni obtenir les services requis ou les ressources financières adéquates, en travaillant ou en recevant de l'aide sociale. Ils ont tendance à revenir vivre auprès de leurs parents âgés. Si on ne répond pas bien à leurs différents besoins, y compris ceux liés à leur maladie mentale ou à leur dépendance, dans la collectivité, ils en souffrent, et leurs parents en souffrent aussi. Par conséquent, lorsque nous pensons aux problèmes des aînés souffrant de troubles mentaux, nous devons aussi tenir compte des problèmes qui touchent les autres générations.



**The Chairman:** One of the items we have left to deal with is what do we measure? How do we know if we are doing better? You may want to call it measurement or data. You may want to say “Here is the service-related research that needs to be done,” because we fully recognize we will have to kick start CIHR to start doing some that is actually useful for our purposes. However, we are happy to do that.

The second issue will be what is the appropriate training, particularly for front-line workers? That is critical. What do we do to offer support to family caregivers, and maybe even training for family caregivers?

Finally, I want to talk a little about cultural diversity, not only in the Aboriginal area, but particularly in the Aboriginal area, where anyone who has looked at any of the data will recognize that on the mental health and addictions front, Canada is a third world country at best, if not worse.

It is very clear that, in the end, one of the big gaps, not just in mental health but throughout the health care system — although it is worse in mental health than elsewhere — is a complete lack of output measurement data to know whether or not what we are doing is working, whether it is making anything better. I think some of the material Faith gave us has a research agenda to back it. Others of you had documents in which I noticed an appendix with additional research information. Clearly, we will have to argue for additional money to be spent on research. Whether it is a reallocation or new money is a different issue. That is up to us to decide, but we will clearly need to ask a number of research questions. The pivotal issue in that sense will be to know exactly what we need to measure and what we need research on.

I would like to have a brief discussion of that to give us a flavour of what you think needs to be done, but could I prevail upon all of you to run that around your minds for a few days, and even if you just say, “Look, here is at least one question,” we will compile a list. I think we have to really push the research community to start doing something useful as opposed to what they want to do.

**Dr. Drance:** I agree with that. I think one of the challenges is that we need to create strong partnerships among the care providers, families, the Alzheimer’s society and formal researchers, because even if we tell the more academic groups the questions that need to be answered, since their experience is not with applied research, many times we do not get the answers that we need. When we are looking at creating a research agenda, we must focus on making sure that there is a partnership between the people delivering the services and the people conducting the

**Le président :** Entre autres choses, il nous reste à savoir ceci : qu’est-ce que nous mesurons? Comment savons-nous si ce que nous faisons est mieux? Vous pouvez appeler cela des mesures ou des données. Vous pouvez dire : « Voici les recherches qui doivent être effectuées relativement aux services », car nous reconnaissons tout à fait que nous devons pousser l’IRSC à entreprendre des recherches qui nous seraient vraiment utiles. Toutefois, nous sommes heureux de faire ça.

Autre question : qu’est-ce qui constitue une formation adéquate, surtout pour les travailleurs de première ligne? C’est une question essentielle. Qu’est-ce que nous offrons comme soutien aux aidants naturels, et peut-être même comme formation?

Enfin, je voudrais parler un peu de diversité culturelle, non seulement en ce qui a trait aux Autochtones, mais tout particulièrement en ce qui les concerne, car, lorsqu’on jette un coup d’œil aux données, on constate que, dans le domaine des maladies mentales et des toxicomanies, le Canada est non pas mieux, sinon pire, qu’un pays en développement.

On peut voir très clairement que, au bout du compte, l’une des plus grosses lacunes, non seulement dans le domaine de la santé mentale, mais aussi dans l’ensemble du système de santé — même si c’est pire en santé mentale qu’ailleurs —, c’est le fait qu’on ne dispose d’aucune donnée de mesure des résultats, qui nous permettrait de savoir si ce que nous faisons fonctionne, et si ça permet d’améliorer les choses. Je crois que certains des documents que Faith nous a remis ont été établis d’après les résultats d’une recherche. D’autres d’entre vous aviez des documents auxquels vous aviez annexé des renseignements de recherche supplémentaires. De toute évidence, il faudrait financer davantage de recherches. Quant à savoir s’il devrait s’agir de fonds réaffectés ou supplémentaires, c’est une autre question. C’est à nous de décider, mais nous devons sans aucun doute étudier un certain nombre de questions de recherche. La question fondamentale sera donc de savoir exactement ce que nous devons mesurer et ce qui devrait faire l’objet de recherches.

J’aimerais qu’on discute brièvement de cette question, afin que nous puissions avoir une idée de ce qui, d’après vous, devrait être fait, mais je vous demanderais à tous d’y réfléchir pendant quelques jours, et même si vous n’avez qu’une question à proposer, nous l’ajouterons à notre liste. Je crois que nous devons vraiment nous assurer que les chercheurs se penchent non pas sur ce qui les intéresse personnellement, mais sur ce qui nous serait utile.

**La Dre Drance :** Je suis d’accord avec vous. Je crois que nous devons surtout établir des partenariats solides avec les soignants, les familles, la Société Alzheimer et les chercheurs officiels, car, si nous disons aux groupes plutôt axés sur la recherche universitaire que nous voulons obtenir une réponse à telle ou telle question, comme ils n’ont pas d’expérience en recherche appliquée, nous n’obtenons pas les réponses dont nous avons besoin la plupart du temps. Lorsque nous envisageons d’établir un programme de recherche, nous devons veiller à ce qu’il y ait un partenariat entre

research, so that it is not just "You ask this question, here is our solution, and now can we come and measure it in your place." No. It has to be something much more integrated than that.

**The Chairman:** That is important, but we need to find a way to get research done by academics, which is fine, because that is what the research community is, in a way that is actually useful

**Ms. Malach:** I would strongly encourage everyone to take a look at this report on the workshop that the Canadian coalition put on. I included it in the blue package. We brought together 47 key researchers from across Canada in different disciplines to talk about exactly this issue: What do we need within the seniors mental health community? What are our themes? What are our barriers? What are our enablers? This report sets all of that out very clearly. We heard not only that we need a lot more research, but that we need research by various levels, not just academics, but people in the community who are doing the work, rather than in laboratories and in isolation.

We also heard that researchers within Canada who are working in seniors' mental health have no idea who the others are, and it is a very small group so it is disturbing. They wanted a network for them to clearly know what research is being done, who is doing it, how to get in touch with those people, what the outcomes are, and then how we can transfer the knowledge to clinicians. The coalition agreed at that meeting to at least take a stab at creating this seniors' mental health research network. Of course, our problem is the funding for it, but in reality it is not that much money. We are talking about setting up something electronically.

**The Chairman:** We are bound to have to recommend some form of a knowledge exchange centre that would be funded in some capacity or other and which would include not just those questions, but best practices and all kinds of other information.

**Ms. MacCourt:** We had a similar process. The B.C. Psychogeriatric Association and the Seniors Psychosocial Interest Group brought together not just researchers, but practitioners in the field of seniors' mental health, advocates, seniors themselves and seniors' organizations, and that is where the psychosocial research agenda at the back of our submissions came from. The reason for focusing on psychosocial research was the emphasis on the biomedical and the greater funding for that in general.

We did approach CIHR. We examined their material — and this is not news to them — and they fund very little psychosocial research in the neurosciences of mental health and aging. A very small proportion of their money goes to psychosocial research.

les gens qui offrent les services et les gens qui mènent les recherches, de sorte que les choses ne se passent pas comme ceci : « Vous posez cette question, alors voici notre solution, et maintenant nous pouvons mesurer le tout à votre place. » Non, il faut que ce soit quelque chose de beaucoup plus intégré que ça.

**Le président :** C'est important, mais nous devons trouver un moyen d'amener les universitaires à entreprendre des recherches là-dessus, ce qui serait bien, car, en un sens, c'est à ça que servent les chercheurs.

**Mme Malach :** Je vous encourage très fortement tous à examiner le rapport sur l'atelier organisé par la Coalition canadienne. Je l'ai inséré dans la trousse bleue. Nous avons réuni 47 chercheurs clés d'un peu partout au Canada spécialisés dans différentes disciplines, pour qu'ils discutent justement de ces questions-ci : de quoi avons-nous besoin pour les aînés souffrant de troubles mentaux? Quels sont nos thèmes? Quels sont nos obstacles? Quels sont nos avantages? Dans ce rapport, on décrit tout cela bien clairement. Nous avons entendu non seulement que nous devons effectuer davantage de recherches, mais aussi que nous devons les faire à divers niveaux, c'est-à-dire qu'elles devraient être menées non pas seulement par des universitaires, en laboratoire et de façon isolée, mais aussi par des gens dans la collectivité qui oeuvrent dans ce domaine.

Nous avons également entendu des propos selon lesquels les chercheurs canadiens qui travaillent dans le domaine ne savent pas du tout qui d'autres le fait, et c'est un groupe très petit, ce qui est assez inquiétant. Ils voulaient établir un réseau qui leur permet de bien savoir quelles recherches sont effectuées, qui les fait, comment communiquer avec ces personnes, quels sont les résultats, et, enfin, comment faire part de ces connaissances aux cliniciens. La Coalition a convenu au cours de cette réunion d'essayer au moins de créer ce réseau de recherche dans le domaine de la santé mentale des aînés. Bien sûr, notre problème, c'est le financement, mais, en réalité, il ne faut pas tant d'argent que ça. Nous envisageons de mettre en place quelque chose d'électronique.

**Le président :** Nous devons recommander l'établissement d'un centre d'échange des connaissances, qui serait financé d'une manière ou d'une autre et qui s'attacherait non seulement à ces questions, mais aussi aux pratiques exemplaires et à toutes sortes d'autres renseignements.

**Mme MacCourt :** Nous avons un processus semblable. La B.C. Psychogeriatric Association et le Seniors Psychosocial Interest Group ont réuni non seulement des chercheurs, mais aussi des praticiens dans le domaine de la santé mentale des aînés, ainsi que des groupes de défense des aînés, des aînés eux-mêmes et des organisations d'aînés, et c'est de là que vient notre programme de recherche psychosociale présenté à la fin de nos mémoires. Nous avons mis l'accent sur la recherche psychosociale en raison de l'importance accordée au domaine biomédical et du fait qu'on accorde davantage de financement dans ce domaine en général.

Nous nous sommes informés auprès des IRSC. Nous avons examiné leur documentation — et ils le savent bien — et ils financent très peu de recherches psychosociales dans le domaine des neurosciences, de la santé mentale et du vieillissement. Une



Part of the reason for that is they do not have the right kind of people there to review qualitative research, for instance, which sometimes is the case here, or non-biomedical research. That becomes a detriment. They do not have as many submissions, never mind as many people who are successful proportionately. That is why we in particular are pushing the psychosocial research agenda.

I am an academic and a clinician, a researcher. I am all those things. I have a foot in each of those camps, which is helpful. I was very struck by the centres of excellence in Quebec, and CLSC is one of them, but it is a research centre for building capacity. They have their own researcher attached to the geriatric mental health outreach program, and so they are able to do exactly the kind of applied research, Elizabeth, that you are talking about. It is a funded position, so they can transfer the knowledge too.

**The Chairman:** It is community based too, I presume.

**Ms. MacCourt:** It is, and when I last spoke to them, they were doing a major reorganization of the way each CLSC looked at its own community and identified the populations. In their particular community they have seniors as their population, seniors' mental health and also multiculturalism, and they said they have translated different kinds of information about mental health into about 30 languages. That is a model whereby you could do research that has meaning

**The Chairman:** Lucie, can you find this information? Just as a matter of curiosity, in Quebec, and take the Montreal regional health authority as an example, are the CLSCs part of that or are they separate? Do you know?

**Senator Pépin:** They are part of it.

**Ms. MacCourt:** It seems to be a quite different way of doing things. It seems to be much more community-based, from my understanding, than in the rest of Canada, and perhaps more locally responsive too. As I say, I do believe they are changing. The only other thing I would mention is that the network of researchers is a really good idea, as there are people in small cells and different universities. There are various centres on aging. I belong to the centre on aging at the University of Victoria, and there is one at Simon Fraser. There is now a Centre for Research on Personhood in Dementia here in B.C. too. There is a variety of centres, and even linking them together in your own province is an issue.

We suggested at our research forum that while people could put their ideas out there, they were not well received because the funding is minimal and short term, and we all compete. It is set up so you have to compete for the money through academic procedures that make it difficult for people to collaborate, especially in academic settings. They are not rewarded for collaborating with clinicians, and if you put clinical people on

très faible part de leurs fonds sont affectés à la recherche psychosociale. Entre autres, c'est parce qu'ils n'ont pas de gens sur place qui seraient en mesure d'évaluer des recherches qualitatives, par exemple — ce qui est parfois le cas ici —, ou des recherches autres que biomédicales. C'est bien dommage. Ils n'ont pas autant de propositions de recherche, et encore moins de gens qui obtiennent des résultats, par rapport à nous. C'est pourquoi nous tenons tout particulièrement à faire avancer le programme de recherche psychosociale.

Je suis une universitaire, une clinicienne et une chercheure. Je suis toutes ces choses. J'interviens dans chaque domaine, ce qui est utile. J'ai été très impressionnée par les centres d'excellence au Québec, dont les CLSC font partie, mais c'est un centre de recherche pour le renforcement des capacités. Ils ont leur propre chercheur rattaché au programme de sensibilisation en santé mentale auprès des aînés, de sorte qu'ils peuvent effectuer justement le genre de recherche appliquée dont vous avez parlé, Elizabeth. Comme ce poste est financé, ils sont également en mesure de transmettre leurs connaissances.

**Le président :** J'imagine que c'est également communautaire.

**Mme MacCourt :** Effectivement, et la dernière fois que j'ai communiqué avec eux, ils étaient en train de réorganiser complètement la façon dont chaque CLSC envisage sa propre collectivité et définit ses populations. Dans leur collectivité, il y a des aînés, et, puisqu'ils s'intéressent à la santé mentale et aussi au multiculturalisme, ils ont fait traduire une foule de documents sur la santé mentale en 30 langues environ. C'est un modèle qui vous permet de mener des recherches vraiment utiles.

**Le président :** Lucie, pourriez-vous nous procurer ces renseignements? Juste par curiosité, au Québec — et si on prend la régie de la santé de la région de Montréal, par exemple, les CLSC font-ils partie de cela, ou sont-ils distincts? Le savez-vous?

**Le sénateur Pépin :** Ils en font partie.

**Mme MacCourt :** Il semble que ce soit une façon bien différente de faire les choses. D'après ce que je comprends, c'est une approche axée davantage sur la collectivité et peut-être plus adaptée aux besoins locaux, par rapport à ce que l'on fait dans le reste du Canada. Comme je l'ai dit, je crois que les choses changent dans ce domaine. J'aurais une dernière chose à ajouter : ce réseau de chercheurs est vraiment une bonne idée, car il y a des gens dans de petits groupes et dans différentes universités. Il y a divers centres sur le vieillissement. Je fais partie du centre sur le vieillissement de l'Université de Victoria, et il y en a un autre à l'Université Simon Fraser. Nous avons maintenant le Centre for Research on Personhood in Dementia ici même, en Colombie-Britannique. Il y a toute une panoplie de centres, et vous pourriez même avoir de la difficulté à les relier ensemble dans votre propre province.

Au cours de notre tribune de recherche, nous avons souligné que, même si les gens pouvaient présenter leurs idées, elles ne seraient pas bien reçues, car le financement est minimal et est offert pour une courte durée, sans compter que nous nous faisons tous concurrence. Le système est établi de telle sorte que nous devons jouer du coude pour essayer d'obtenir des fonds en passant par des procédures universitaires, ce qui n'est pas fait

your research team you actually get marked down by CIHR. You are less likely to get funding. Issues like that also impinge on what we do.

**Ms. Spencer:** This is a follow-up to the comments that Elizabeth Drance was making and recognizing the fact that we are talking about outcomes or outputs in terms of research. We are talking about material that is very "soft" and difficult to pin down, to select out. From a research perspective, that is challenging, and if I were a community program operator, for example, I would be quite cautious about the outcomes of that research. Does it catch the nuances of what we are doing here, and will it actually undermine our work in the long term?

I also wanted to mention that maybe we need to be thinking beyond the CIHR in terms of where the research can be done and what needs to be done. For example, Canada Mortgage and Housing has an external grants program. It is quite small, though. That is the problem. It is \$25,000 per year, but they also have an internal program. Maybe there are ways we can promote mental health and substance use issues in some of that housing research. It is a challenge to get them to think of that area, but sometimes, a gentle prod from somebody other than the researchers can help to influence that.

**The Chairman:** I get the message. Let me give you an interesting example.

I had a private conversation with Ivan Fellegi. Statistics Canada did a study about a year and a half ago on the state of health care of Canadians, but also they did a small part on mental health. They are planning to do that every three years, and I said to him that he has to sit down with us and we will tell him the questions we want on the mental health portion. They will agree to do that, and it does not cost anybody anything. It is part of Statistics Canada's regular program. I think we can get a lot of cooperation, a lot of people helping us, but thank you for drawing my attention to a program that I did not know about.

**Ms Sirett:** I know a lot of work is done on what outcomes and indicators are necessary. I think a key point to keep in mind with mental health and the older adult population is how people manage day-to-day life. People can have Parkinson's, diabetes, dementia, and still be managing in their own home. That is a good outcome. Someone can have schizophrenia and be practising as a physician. The burden or cost to society and health is minimal. The same illnesses, the same diagnoses, can also be terribly

pour inciter les gens à collaborer, surtout en milieu universitaire. Ils ne retirent aucun avantage à collaborer avec des cliniciens, et, si votre équipe de recherche compte un clinicien, ce sera en fait mal vu par les IRSC. Vous aurez moins de chance d'obtenir du financement. Ce sont des choses qui nuisent également à notre travail.

**Mme Spencer :** J'aimerais donner suite aux commentaires d'Elizabeth Drance, qui soulignait et reconnaissait le fait que nous parlons de résultats, ou de conclusions de recherche. Nous parlons de matériel très « instable » et difficile à cerner, à sélectionner. Du point de vue de la recherche, c'est tout un défi à relever, et si j'étais un administrateur de programmes communautaires, par exemple, je regarderais les résultats de ces recherches d'un oeil assez prudent. Est-ce qu'on a compris tous les aspects de ce que nous faisons ici, et cela risque-t-il en fait de nuire à notre travail au bout du compte?

Je voulais aussi souligner que nous devons nous rappeler que ce n'est pas seulement les IRSC qui sont en mesure de financer les recherches que nous pouvons et devons effectuer. La Société canadienne d'hypothèques et de logement, par exemple, a un programme de subventions externe. Il est plutôt modeste, toutefois. C'est le problème. Les fonds disponibles sont de 25 000 \$ par année, mais il y a également un programme interne. Peut-être pourrions-nous trouver des moyens de promouvoir les questions liées aux troubles mentaux et à la toxicomanie pour amener cette société à en tenir compte dans certaines de ces recherches sur le logement. C'est tout un défi que d'arriver à ce que ces gens pensent à ce domaine, mais, parfois le simple fait qu'une personne autre qu'un chercheur essaie doucement de les convaincre peut donner de bons résultats.

**Le président :** Je vois. Permettez-moi de vous donner un exemple intéressant.

J'ai eu une conversation avec Ivan Fellegi. Statistique Canada a mené, il y a environ un an et demi, une étude sur l'état des soins de santé dispensés aux Canadiens, dont une petite composante portait sur la santé mentale. On compte le faire tous les trois ans, et je lui ai dit qu'il devrait s'asseoir avec nous pour que nous puissions lui poser les questions que nous voulons au sujet de la composante qui portait sur la santé mentale. Les responsables accepteront de le faire, car ça ne coûtera rien à personne. Ça fait partie du programme régulier de Statistique Canada. Je crois que nous pourrions obtenir beaucoup de coopération et, qu'un grand nombre de gens pourront nous aider, mais je vous remercie d'avoir attiré mon attention sur un programme que je ne connaissais pas.

**Mme Sirett :** Je sais qu'on effectue beaucoup de travail en vue de déterminer quels résultats et indicateurs sont nécessaires. Je crois que, dans le domaine de la santé mentale et en ce qui concerne les personnes âgées, nous devons surtout garder à l'esprit que les gens peuvent gérer leur vie quotidienne. Même atteints de la maladie de Parkinson, de diabète ou de démence, les gens peuvent encore s'occuper de leur maison. C'est un bon résultat. Quelqu'un peut souffrir de schizophrénie sans que cela ne



disabling, and it is people's daily functioning that we need to be capturing because those are the outcomes that we are working towards as clinicians.

The other thing that we need to be able to measure is risk. We do a lot of work in our system on risk for the elderly population, for our mental health population in terms of how long can we leave people living by themselves, and then whose measure of risk it is. Is it mine as a clinician and my tolerance for risk on that day because I am thinking about my own grandmother? Is it the senior's sense of risk and, "Yes, let me fall down my own stairs." Is it our risk, our concern for someone driving, even though we know that taking their licence away will be a big problem? Is it the risk for the hospital systems? If we send somebody home, we should put them in care because they will be better off, even though the risk for falling is as high as it is for people in their own home. Those are important issues that we need to be looking at.

One of the things that I need help with as a manager of a clinical system is looking at research. Jennifer, the best practices document is very good and I use that. I use the B.C. psychogeriatric guidelines for health authorities. However, in terms of numbers and data for the complex group that we see, it is difficult to do research when someone is demented, has a physical illness, functional impairment, and some kind of psychotic illness on top. Elizabeth, you might be able to speak to this more, but you mentioned yesterday people with dementia being able to give consent to being involved in research, that we need to ask their families for that consent and to honour it, because if we do not, we are always guessing. It works for people on this medication if they do not have heart failure, but everybody I know has heart failure. How do I prescribe?

**Senator Callbeck:** This is a question to Charmaine. This morning you were talking about the importance of collecting information built on correct statistics. You mentioned one of the problems is the national surveys. Did you want to say that they are mostly based on young people?

**Ms. Spencer:** Good question. Yes, there are problems with the questions that are included in the General Social Survey and some of the health surveys in terms of how they identify the percentage of individuals who have substance use problems, for example. Some of them are provincial surveys. Some of them will include questions from what is called AUDIT, alcohol use disorders identification test. You have to score eight or above before you are identified as having a substance use problem. If you actually

l'empêche d'être médecin. Le fardeau ou le coût pour la société et la santé est minime. Les mêmes maladies ou les mêmes diagnostics peuvent également rendre les gens invalides, et c'est sur leurs activités quotidiennes que nous devons nous concentrer, car ce sont les résultats que nous voulons obtenir à titre de cliniciens.

Nous devons aussi être en mesure d'évaluer les risques. Dans notre système, nous déployons beaucoup d'efforts en vue de cerner les risques associés aux aînés et aux personnes souffrant d'une maladie mentale afin de déterminer pendant combien de temps nous pouvons laisser les gens vivre seuls, et puis il faut savoir qui doit évaluer ces risques. Est-ce à moi de le faire à titre de clinicien, et mon seuil de tolérance des risques sera-t-il plus élevé ce jour-là parce que je pense à ma propre grand-mère? Est-ce à l'aîné à décider des risques et devons-nous le laisser dire : « Oui laissez-moi tomber dans mes escaliers. » Est-ce à nous d'évaluer les risques lorsque nous sommes inquiets de voir quelqu'un conduire, même si nous savons que ce sera un gros problème que de lui enlever son permis? Est-ce aux systèmes hospitaliers d'évaluer les risques? Si nous donnons à quelqu'un son congé, nous devrions l'envoyer dans un centre de soins, car ce sera mieux pour lui, même si les risques de chute sont aussi élevés là-bas qu'à son domicile. Ce sont des questions importantes que nous devons examiner.

En ma qualité de gestionnaire d'un système clinique, j'ai entre autres besoin d'aide dans le domaine de la recherche. Jennifer, le document sur les pratiques exemplaires est très utile, et je m'en sers. J'utilise les lignes directrices dans le domaine de la psychogériatrie en Colombie-Britannique pour les autorités de la santé. Toutefois, en ce qui a trait aux statistiques et aux données pour le groupe complexe que nous étudions, il importe de noter que c'est difficile d'effectuer des recherches lorsque quelqu'un souffre de démence, d'une maladie physique, de troubles fonctionnels, et en plus, d'une maladie psychotique. Elizabeth, vous pourriez peut-être m'éclairer là-dessus, mais vous avez mentionné hier que les personnes souffrant de démence peuvent donner leur consentement pour participer à des recherches; nous devons demander à leur famille d'accorder ce consentement et de le respecter, car, sinon, nous sommes toujours dans le noir. Ça peut se faire avec les gens qui prennent ce médicament si cela ne leur donne pas de trouble cardiaque, mais tout le monde que je connais a eu une insuffisance cardiaque après l'avoir pris. Qu'est-ce que je dois prescrire?

**Le sénateur Callbeck :** C'est une question pour Charmaine. Ce matin, vous avez souligné l'importance de recueillir des renseignements établis d'après de bonnes statistiques. Vous avez précisé que les enquêtes nationales entre autres posent un problème. Vouliez-vous dire qu'elles sont surtout axées sur les jeunes?

**Mme Spencer :** C'est une bonne question. Oui, les questions incluses dans l'Enquête sociale générale et dans certaines enquêtes sur la santé posent problème quant à la façon dont elles permettent de déterminer le pourcentage d'individus qui ont des problèmes de consommation, par exemple. Certaines d'entre elles sont des enquêtes provinciales. Certaines d'entre elles comprennent des questions tirées de ce qu'on appelle l'AUDIT, l'alcohol use disorders identification test. Pour qu'on puisse dire

look at the questions, they are asking about effects in terms of work, in terms of driving. Questions like that will effectively exclude many older adults, although not all, and do not capture the parameters in which problems might pop up for older adults. That is one of the ongoing challenges in this area.

I was looking at one of the most recent surveys that talked about the percentage of older adults drinking five or more drinks a day more than once a month and I think the figure was something like 6.7 overall. It is actually more like 11 per cent if you are talking about men aged 65 to 69. It is 27 per cent for older women. We have a lot of problems in using that kind of cut-off when indicating a problem for an older adult. Quite frankly, if you are drinking at that level, you are probably in a hospital or you are at substantial risk, particularly if other medications and things along that line are involved. We are only capturing one end of the spectrum of substance use problems for older adults using the current criteria.

**The Chairman:** Faith, did want to make a comment?

Let me remind you, by the way, your last recommendation says that you would be happy to work with us to identify statistics that are needed and gaps. I am taking you up on that, okay?

**Ms. Malach:** Absolutely. Our pleasure.

I have just a couple of comments on issues that are going through my head as we are talking about research. A couple of other barriers that we face: When we talk about "seniors," I am not sure whether there is an assumption that we are talking about a large range of people, so although the coalition generally says 65 is the minimum age, some groups go down to 55, others start at 60. However, we are also talking about people who live to over the age of 100. There are vast differences between 65-year-olds and 95-year-olds, and when we are collecting indicators and looking at statistics, we need to remember that even within the seniors' population, there is a huge range.

The other point is that there is a great challenge in measuring in long-term care facilities when there are no reporting requirements for mental illness. The problem is that people are not assessing it because of some of the stigma within the institutions, so they are not identifying it as a mental illness. They are looking at some of the common symptoms of depression and figuring it is a normal part of aging. There is not the recognition even within our institutions, so when the questions are asked, there is difficulty in knowing the accuracy of the answers.

**Ms. Barr:** One more quick comment about research so that it could perhaps be included. When you look at health promotion and prevention efforts, one of your recommendations, which I think we are all completely in favour of, is about raising public

que vous avez un problème de consommation, vous devez obtenir un score de huit ou plus sur cette échelle. Si on lit les questions, on constate qu'elles portent sur les effets sur le travail, sur la conduite automobile. Les questions de ce genre excluent effectivement beaucoup d'adultes âgés, mais pas tous, et ne permettent pas de saisir les paramètres dans lesquels des problèmes peuvent survenir chez les adultes âgés. C'est l'un des problèmes constants dans ce domaine.

Je lisais l'une des enquêtes les plus récentes qui révélait le pourcentage d'adultes âgés qui buaient cinq consommations ou plus par jour, plus d'une fois par mois, et je pense que le chiffre dans l'ensemble était quelque chose comme 6,7. En fait, ça ressemble plus à 11 p. 100 si on parle des hommes âgés de 65 à 69 ans. Pour les femmes âgées, il s'agit de 27 p. 100. Nous éprouvons beaucoup de problèmes lorsque nous utilisons ce genre de point de démarcation pour cerner un problème chez un adulte âgé. Bien honnêtement, si on boit autant, on est probablement dans un hôpital, ou on court des risques considérables, surtout si d'autres médicaments ou des choses de ce genre entrent en ligne de compte. Avec les critères actuels, on ne voit qu'une partie des problèmes de consommation chez les adultes âgés.

**Le président :** Faith, vous vouliez dire quelque chose?

En passant, je voudrais vous rappeler que, dans votre dernière recommandation, vous mentionnez que vous seriez heureuse de travailler avec nous pour dégager les statistiques nécessaires et cerner les lacunes. Je vous prends au mot, d'accord?

**Mme Malach :** Certainement. Tout le plaisir est pour nous.

J'ai juste quelques commentaires à formuler au sujet des choses qui me passent par la tête lorsqu'on parle de recherche. Nous nous butons à d'autres obstacles : lorsqu'on parle des « personnes âgées », je ne sais pas vraiment si on présume qu'on parle d'un large éventail de personnes, et donc, même si la Coalition détermine en général que l'âge minimal est de 65 ans, certains groupes descendent à 55, et d'autres à 60. Cependant, nous parlons aussi des gens qui vivent jusqu'à plus de 100 ans. Il existe d'énormes différences entre les personnes âgées de 65 ans et celles qui ont 95 ans, et lorsqu'on recueille des indicateurs et qu'on examine les statistiques, on ne doit pas oublier, que même chez les personnes âgées, la fourchette d'âge peut être énorme.

L'autre point, c'est qu'il est très difficile de prendre des mesures dans les établissements de soin de longue durée, qui ne sont pas obligés de déclarer le nombre de patients souffrant d'une maladie mentale. Le problème, c'est que les gens ne l'évaluent pas à cause de la stigmatisation qui existe dans les établissements. Par conséquent, ils ne disent pas que la personne souffre d'une maladie mentale. On voit certains symptômes courants de la dépression, et on s'imagine que ça fait partie normalement du processus de vieillissement. On ne le reconnaît même pas dans nos établissements, et donc, lorsqu'on pose les questions, il est difficile de savoir si les réponses sont exactes.

**Mme Barr :** J'ai une dernière chose à dire, rapidement, au sujet de la recherche. On pourrait peut-être inclure mon commentaire. Lorsqu'on s'intéresse aux efforts de prévention de la santé et de prévention de la maladie mentale, l'une de vos recommandations,



awareness to decrease stigma. It is so needed. That is the kind of population-based research that is very costly and difficult to do, and the measures are best made over the long term.

**The Chairman:** Australia is now in its twelfth year of a national anti-stigma campaign. They track the data at the end of every year, and it is absolutely dramatic how they have changed public attitudes. Look what we did with drunk driving in this country. Look what we did with anti-smoking in this country. Look at what we did with Participaction, until we stopped funding it. The reality is that it is possible to change attitudes if you make a sustained, long-term investment. It should be a 10-year run. It is not; we run it for 18 months and then get out.

**Ms. MacCourt:** The notion of long term applies to research as well.

**The Chairman:** Absolutely.

**Ms. MacCourt:** One recommendation our organization would really like to see is talking to funding agencies about the length of time that they are willing to put money out for. Things like mental health promotion, determinants of health and how they affect seniors are long-term projects, as you say. We want to push the psychosocial research agenda because it is definitely the poor cousin, and for the same reason. You cannot conceptualize it neatly and put it in little boxes, but it is an important step. It is a big step. If we cannot do the research, apparently we cannot get the money to do the work. If we cannot do the work, we cannot do the research. It is like a catch-22, in that we are caught in a system that is definitely organized around biomedical thinking and is hierarchical. We want your support for this.

**The Chairman:** Let me turn to the question of training, particularly for what all of you called earlier today "front-line workers." I would like to know first if anybody knows of any that is going on. We know, for instance, if I remember correctly, that there is a two-year mental health support worker program at Brandon Community College. One of the Maritime provinces also had a similar program. Should we be advocating strongly for a two-year program to train people, a community college program? Maybe it does not have to be two years. I am not pushing two years. What do we do? How do we describe the training and what is required to meet, as you said, the needs of the people who actually deal with patients all the time? Who wants to take a stab at that?

à laquelle, selon moi, nous sommes tous entièrement favorables, concerne la sensibilisation du public à la stigmatisation. On en a tellement besoin! Il s'agit du genre de recherche démographique qui coûte très cher et qui est difficile à faire. De plus, les mesures sont meilleures à long terme.

**Le président :** L'Australie en est maintenant à sa douzième année de campagne nationale de lutte contre la stigmatisation. Elle recueille les mêmes données à la fin de chaque année, et c'est saisissant de voir à quel point on a réussi à changer les attitudes du public. Regardez ce que nous avons fait pour ce qui est de l'alcool au volant dans notre pays. Regardez ce que nous avons fait pour réduire le tabagisme dans notre pays. Regardez ce que nous avons fait avec Participaction, jusqu'à ce que nous cessions de financer ce projet. La réalité, c'est qu'il est possible de changer des habitudes si on consent un investissement soutenu et à long terme. Ça devrait durer 10 ans. Mais ce n'est pas le cas; on s'en occupe pendant 18 mois, puis on arrête tout.

**Mme MacCourt :** Le concept de « long terme » s'applique aussi à la recherche.

**Le président :** Certainement.

**Mme MacCourt :** Notre organisation aimerait vraiment qu'on recommande de parler aux organismes de financement au sujet de la durée du financement qu'ils sont prêts à accorder. Les choses comme la promotion de la santé mentale, les déterminants de la santé et la façon dont ils touchent les personnes âgées sont des projets à long terme, comme vous dites. Nous voulons mettre de l'avant le programme de recherches psychosociales parce qu'il est assurément le parent pauvre, et pour la même raison. On ne peut pas le définir clairement ni le mettre dans des compartiments, mais c'est une étape importante. Ce serait un pas de géant. Si nous ne pouvons effectuer de recherches, de toute évidence, nous ne pouvons pas obtenir l'argent nécessaire pour faire le travail. Si nous ne pouvons pas faire le travail, nous ne pouvons pas effectuer les recherches. C'est comme une impasse, en ce sens que nous sommes coincés dans un système manifestement hiérarchique, qui gravite autour de la pensée biomédicale. Nous voulons votre appui dans ce domaine.

**Le président :** Si vous le voulez bien, passons maintenant à la question de la formation, surtout pour ce que vous avez tous appelé plus tôt aujourd'hui les « travailleurs de première ligne ». J'aimerais savoir tout d'abord si quelqu'un est au courant d'une formation qui serait donnée actuellement. Nous savons, par exemple, si ma mémoire est bonne, que le Collège communautaire de Brandon offre un programme de deux ans destiné aux travailleurs de soutien en santé mentale. L'une des provinces des Maritimes avait elle aussi un programme semblable. Devrions-nous plaider pour l'établissement d'un programme de formation de deux ans, un programme donné dans un collège communautaire? Il n'a peut-être pas nécessairement à durer deux ans. Je n'insiste pas pour que ce soit un programme de deux ans. Que faisons-nous? Comment décrivons-nous la formation et ce dont on a besoin pour répondre, comme vous l'avez dit, aux besoins des gens qui s'occupent toujours des patients? Qui veut se lancer?

**Ms. Barr:** I think that you will remember Christine Bois and Dr. Brian Rush from CAMH, who made a submission to the committee about concurrent disorders, mental health issues combined with addiction problems or substance use or misuse problems. Christine has been heading up a project looking at a training strategy in Ontario around concurrent disorders. They are working with community colleges and it turns out that the personal support worker program — it is a diploma program or maybe a certificate program — was very short, a number of weeks. Now they are changing it to a number of months, perhaps one or two full semesters. I apologize for not knowing the details, but they were very glad to hear from Christine's project team about interjecting mental health and addiction issues into their program, and they will be working to incorporate that into their curriculum. That is an example.

**The Chairman:** Do you know offhand which community college?

**Ms. Barr:** There are a number of them around the province. They were all contacted through our network of consultants and a number of them have come forward.

**The Chairman:** You might ask Christine to send us a note of that.

**Ms. Barr:** I will.

**Ms. Crawford:** I find this training, especially for the front-line workers, very interesting. As Jennifer said, it is usually personal support workers, who used to be the old health care aides. They had the health care aide course. They have done away with that now. It is strictly called a "personal support worker."

**The Chairman:** Where do they get this course?

**Ms. Crawford:** There are private learning-enrichment foundations that do it. Local colleges do it. There is no standardization in regards to getting a personal support worker diploma. George Brown College in Toronto is one of the bigger ones, and it is actually an 18-month program. People can go to this place called Integra, which has an 18-week program, and they both offer a personal support worker diploma. There needs to be some standardization in training for personal support workers. It also needs to include the issue of aging and mental illness. It is a basic training program right now that looks at how to give a bath, how to make a nutritious meal, how to clean the toilet. It is very task-oriented, but it needs to get a little more into philosophical issues that are related to aging and mental health. I come back to our organization, and that is one of the things that I think we probably do a little differently, in that we do training, training and more training for our staff.

**Mme Barr :** Je crois que vous vous souvenez de Christine Bois et du D<sup>r</sup> Brian Rush, du CTSM, qui ont présenté au Comité un exposé sur les troubles concomitants, c'est-à-dire les problèmes de santé mentale combinés à des problèmes de toxicomanie, d'usage, ou de mauvais usage de substances. Christine dirige un projet dans le cadre duquel on envisage d'élaborer une stratégie de formation sur les troubles concomitants en Ontario. Elle et ses partenaires travaillent avec des collèges communautaires. Il se trouve que le programme destiné aux travailleurs de soutien personnel — il s'agit d'un programme sanctionné par un diplôme ou peut-être un certificat — était très court, quelques semaines seulement. Maintenant, ils sont en train d'en faire un programme de quelques mois, peut-être d'un ou deux semestres complets. Je m'excuse de ne pas connaître les détails, mais on était très content d'entendre l'équipe de projet de Christine parler d'inclure les enjeux relatifs à la santé mentale et à la toxicomanie dans leur programme, et on travaillera à intégrer le tout dans le programme d'étude. C'est un exemple.

**Le président :** Pourriez-vous nous dire comme ça de quel collège communautaire il s'agit?

**Mme Barr :** Il y en a un certain nombre dans la province. On a communiqué avec chacun d'entre eux par l'entremise de notre réseau d'experts-conseils, et un certain nombre d'entre eux ont accepté de jouer le jeu.

**Le président :** Vous pourriez demander à Christine de nous envoyer une note à ce sujet.

**Mme Barr :** Je n'y manquerai pas.

**Mme Crawford :** Je trouve que cette formation, surtout pour les travailleurs de première ligne est très intéressante. Comme l'a dit Jennifer, il s'agit habituellement de travailleurs de soutien qui, par le passé, étaient des auxiliaires en soins de santé aux personnes âgées. Ils ont suivi le cours d'aide-soignant. On a aboli ce titre. On les appelle strictement des « travailleurs de soutien personnel ».

**Le président :** Où ont-ils suivi ce cours?

**Mme Crawford :** Certaines fondations privées pour l'enrichissement de l'apprentissage l'offrent. Certains collèges locaux l'offrent aussi. Le diplôme de travailleur de soutien personnel n'est pas normalisé. Le George Brown College à Toronto, offre l'un des plus importants programmes de ce genre, et, en fait, il s'agit d'un programme de 18 mois. Les gens peuvent aller à cet endroit, qui s'appelle Integra, où on offre un programme de 18 semaines, et ces deux programmes mènent à l'obtention du diplôme de travailleur de soutien personnel. On doit normaliser la formation des travailleurs de soutien personnel. De plus, elle doit porter sur le vieillissement et la maladie mentale. Actuellement, il s'agit d'un programme de formation de base dans lequel les participants apprennent à donner un bain, à préparer un repas nutritif, à nettoyer la toilette. C'est une formation très pratique, mais elle doit être un peu plus théorique et aborder des questions liées au vieillissement et à la santé mentale. Ça me ramène à notre organisation, et c'est une des choses que, selon moi, nous faisons peut-être un peu différemment, en ce sens que nous offrons de la formation, de la formation, et encore de la formation à notre personnel.



**The Chairman:** Which you run yourself?

**Ms. Crawford:** Which we run ourselves, but it is very important to us. I obviously totally agree there needs to be some kind of standardization in regards to the personal support worker training program throughout the country. I do not know what it is like in other provinces, but in Ontario, it is all over the map.

**The Chairman:** It is an interesting observation that it is all over the map in Ontario and none of you know what is going on across the country when presumably it is the same skill set. What do you do in your home care program?

**Ms. Crawford:** The other thing we have to look at is who is taking the personal support worker training program. In urban areas, typically it is new immigrants. It is young women. English is not their first language. It is a quick course and does not cost a lot of money. They can go out there and get a job. I think there are some systemic issues there in terms of looking at attracting other individuals and who is taking that training, especially in urban areas.

**The Chairman:** As a matter of curiosity, what do you pay? Minimum wage?

**Ms. Crawford:** No. We recently did a comparison, and we actually pay close to \$2 an hour more than the average. The average right now is around \$12.50 an hour in Ontario.

**The Chairman:** What does Providence do? You are a big institutional setting as opposed to supportive housing. Are you using licensed practical nurses, LPNs?

**Dr. Drance:** We are embarking on a completely different model that is focused more on what we were talking about earlier, that it is the personal care aides who really know the people the best. We are working towards consistency, creating small groupings of people who have a relationship with the care aide and decreasing the number of people they have to provide care for so that they can develop a relationship with people more easily, rather than having this emphasis on tasks. Whether it is a home care worker or a person working in a care home, the focus has been on getting your tasks completed and then your job is done, whereas we are saying a lot of the work is the relationship with clients and helping them to do things that they like to do, as opposed to just helping them to get dressed and eat. Our organization has decided not to go with licensed practical nurses, but to keep our RN numbers as high as possible at the same time as increasing the numbers of care aide staff.

**The Chairman:** What is a care aide?

**Dr. Drance:** A care aide is the same as a personal health worker. It is the non-professionally trained group. We also have them deliver the regular medications to people who are living in our care homes, just as they would do if they were looking after

**Le président :** Que vous donnez vous-même?

**Mme Crawford :** Que nous donnons nous-mêmes, mais c'est très important pour nous. Bien sûr, je suis entièrement d'accord avec vous pour dire qu'il faut normaliser le programme de formation des travailleurs de soutien personnel dans l'ensemble du pays. Je ne sais pas à quoi ça ressemble dans d'autres provinces, mais en Ontario, c'est partout la même chose.

**Le président :** Il est intéressant de voir que vous dites que c'est la même chose partout en Ontario et qu'aucun d'entre vous ne sait ce qui se passe dans l'ensemble du pays, alors que, je suppose, que c'est le même ensemble de compétences. Que faites-vous dans votre programme de soins à domicile?

**Mme Crawford :** L'autre chose sur laquelle nous devons nous pencher, ce sont les personnes qui suivent le programme de formation de travailleur de soutien personnel. Dans les régions urbaines, habituellement, ce sont de nouveaux immigrants. Ce sont de jeunes femmes. L'anglais n'est pas leur langue maternelle. Il s'agit d'un cours rapide qui ne coûte pas beaucoup d'argent. Ils peuvent le suivre et ensuite avoir un emploi. Je crois qu'il y a là certains enjeux systémiques quant à savoir comment attirer d'autres personnes et qui suit cette formation, surtout dans les régions urbaines.

**Le président :** Par curiosité, combien les payez-vous? Le salaire minimum?

**Mme Crawford :** Non. Récemment, nous avons effectué une comparaison, et nous leur versons en fait près de deux dollars l'heure de plus que la moyenne. La moyenne, actuellement, se situe autour de 12,50 \$ l'heure, en Ontario.

**Le président :** Que fait Providence? Vous êtes un gros établissement, contrairement aux centres de logements supervisés. Employez-vous des infirmières auxiliaires autorisées?

**La Dre Drance :** Nous avons instauré un modèle complètement différent qui est davantage axé sur ce dont nous parlions plus tôt, c'est-à-dire les aides-soignants qui connaissent vraiment le mieux les gens. Nous travaillons à établir une certaine uniformité, à créer de petits groupes de personnes qui ont un lien avec l'aide-soignant, et à réduire le nombre de personnes à qui il doit dispenser des soins, afin qu'il puisse nouer plus facilement des liens avec les gens, plutôt que de mettre l'accent sur les tâches. Que vous soyez préposé aux soins à domicile ou que vous travailliez dans un foyer de soins, ce que vous devez faire c'est terminer vos tâches. Lorsque vous avez fait cela, votre travail est fini. Nous nous disons qu'une grande partie du travail consiste à nouer des liens avec les clients et à les aider à faire des choses qu'ils aiment faire, plutôt que simplement les aider à s'habiller et à manger. Notre organisation a décidé de ne pas faire appel à des infirmières auxiliaires autorisées, et de garder le plus grand nombre possible d'infirmières autorisées tout en augmentant le nombre d'aides-soignants.

**Le président :** Qu'est-ce qu'un aide-soignant?

**La Dre Drance :** Un aide-soignant, c'est la même chose qu'un préposé aux soins personnels. Cette personne fait partie du groupe qui n'a pas suivi une formation professionnelle. Nous lui demandons également d'administrer les médicaments réguliers

people in their own home. That allows the RN staff to function at a much higher professional level and do more direct care and assessments. As Faith said, if the nurses are constantly handing out medications, they do not have the time to do the assessments that are needed. That is why we have gone this route.

**The Chairman:** Effectively, you are using nurses for things that really only nurses or someone above that training can do, and you have pushed the other tasks down a level. Are you training these people yourself?

**Dr. Drance:** Yes. Education is such a key issue, because there is the initial education that people receive in college or school training, and then, as Suzanne mentioned, there is ongoing continuing education. In many ways, education is power, so that the more people understand about the issues that they are dealing with, the better they feel able to do that. On the other hand, as I said, you can provide tons of education, but if people then go back to a setting that does not reinforce what they have learned, they just go back to doing the tasks.

**The Chairman:** It is a culture change.

**Dr. Drance:** It is a culture change, exactly.

**The Chairman:** Are you finding, as Suzanne said, that in Vancouver the workers are largely immigrants, non-English speaking, et cetera?

**Dr. Drance:** I would say probably 70 per cent of our care aide staff are from other cultures, and I think that many of them come to the work with a real desire to form relationships with people. They come out of their training with that same desire, and then they enter the workforce and it is nine baths to give and ten people to feed and they do not have the opportunity to do the work that they have been trained to do and want to do.

**The Chairman:** They focus on the aid, not the care.

**Dr. Drance:** Exactly. Only by virtue of the fact that the system has pushed them to do that, not because of anything that they might want to do.

**Ms. Spencer:** I wanted to comment that if you are looking at what is happening across the country in the public colleges, through Seeking Solutions, our cross-Canada project on seniors and alcohol issues, we did a survey of colleges in every province and territory on anything to do with seniors' mental health or addictions issues. That will be current to about late 2003, early 2004, so we do have that available.

**The Chairman:** Good. That would be helpful.

**Ms. Spencer:** There is also an issue with public colleges in terms of curriculum development, and that is driven by economics. If they think that they cannot sell the program to the students, it will not be offered. We find that some of the community colleges in

aux gens qui vivent dans nos foyers de soins tout comme elle le ferait si elle s'occupait de patients dans leur propre maison. Cela permet aux infirmières autorisées d'exécuter des tâches beaucoup plus professionnelles, et d'effectuer des évaluations et de dispenser des soins de manière plus directe. Comme Faith l'a dit, si les infirmières administrent constamment des médicaments, elles n'ont pas le temps de faire les évaluations nécessaires. C'est pourquoi nous avons choisi cette option.

**Le président :** Effectivement, vous employez des infirmières pour des tâches que seules des infirmières ou des personnes qui ont une formation supérieure peuvent effectuer, et vous avez relégué les autres tâches à un niveau inférieur. Formez-vous ces gens vous-même?

**La Dre Drance :** Oui. L'éducation, c'est tellement important, parce qu'il y a l'instruction de base que les gens reçoivent au collège ou à l'école, et ensuite, comme Suzanne l'a mentionné, il y a l'éducation permanente. À bien des égards, l'éducation, c'est le pouvoir. Plus les gens en savent sur les problèmes dont ils s'occupent, plus ils se sentent aptes à le faire. Par ailleurs, comme je l'ai dit, on peut fournir toute l'éducation qu'on veut, mais si les gens retournent ensuite dans un milieu et qu'il ne leur permet pas de renforcer ce qu'ils ont appris, ils finissent simplement par effectuer les tâches qu'on leur demande.

**Le président :** C'est un changement de culture.

**La Dre Drance :** C'est un changement de culture, exactement.

**Le président :** Trouvez-vous, comme Suzanne l'a dit, que, à Vancouver, les travailleurs sont en grande partie des immigrants, qui ne parlent pas l'anglais, etc.?

**La Dre Drance :** Je dirais que probablement 70 p. 100 de nos aides-soignants viennent d'une culture différente, et je crois que bon nombre d'entre eux arrivent en voulant réellement nouer des liens avec les gens. Ils terminent leur formation dans cet état d'esprit, et ensuite, ils entrent dans le marché du travail, et ils doivent donner neuf bains et nourrir dix personnes, et ils n'ont pas la possibilité de faire le travail pour lequel ils ont été formés et qu'ils veulent effectuer.

**Le président :** Ils mettent l'accent sur l'aide, pas sur les soins.

**La Dre Drance :** Exactement. Mais c'est seulement parce que le système les pousse à le faire et pas parce qu'ils le veulent.

**Mme Spencer :** Je voulais dire que si vous regardez ce qui se passe au pays, dans les collèges publics, par l'entremise de Seeking Solutions, notre projet pancanadien qui porte sur les enjeux des personnes âgées et de l'alcoolisme, vous allez voir que nous avons effectué une enquête auprès des collèges dans chaque province et chaque territoire sur tout ce qui concerne la santé mentale des personnes âgées ou la toxicomanie. On a mené cette enquête vers la fin de 2003, le début de 2004, vous pouvez y accéder.

**Le président :** Bien. Ce serait utile.

**Mme Spencer :** Les collèges publics hésitent aussi à modifier leur programme d'études, et c'est une question d'argent. S'ils doutent de pouvoir vendre le programme aux étudiants, ils ne l'offriront pas. Nous avons découvert que certains collèges



different parts of British Columbia cannot get sufficient enrolment in courses for services for older adults because it is not seen as sexy and likely to provide stable employment. It is a big challenge in parts of the province for a community college to offer a residential care aide course generally, let alone on the mental health aspects and things along those lines. Again, this speaks in part to the ageism issue and our way of looking at working with older adults.

**Ms. MacCourt:** Just picking up on that, there are distance education programs too. Home support workers are the ones who go into the homes, and the care aides go into the facilities. I thought that in the public system, at any rate, people now have to have training to be employed in a long-term care facility or as a home support worker. They have to have training in geriatric care. The degree of emphasis on mental health or addiction really varies. In my experience, it is usually picked up by the psychogeriatric outreach programs that provide that mental health component as part of a training course, or there might be a psychogeriatric educator in the community to provide the extra training. They might speak to someone at Malaspina University-College, where I am, but ongoing education is a hit and miss affair. In B.C. right now — and we can pass this information on to you — there is a project under the chronic care model looking at dementia care, education for caregivers and care providers, trying to establish a provincial program. Initially, it was to be built on the Ontario model, but I think that has changed.

**The Chairman:** A provincial program to be delivered through community colleges?

**Ms. MacCourt:** A variety of methods, but one standard curriculum with components that need to be addressed for people entering the system and those in the system. However, there is no money, so everybody came together to create it and now they are going to the provincial government asking for money to fund the network they are building and the delivery of these modules. It will be in a module format. Martha is also doing case-based modules in geriatric mental health for multidisciplinary teams, including care aides. That can be quite effective. There again, there was funding for the creation but not for the implementation. There is a lot of material around, but it is not being implemented. We also have the private college system, and frequently people on social assistance are directed there as a short-term method of getting some education to get out into the workforce and get paid. It is necessarily by their choice, but also it does not mean there are necessarily jobs.

communautaires dans différents collèges de la Colombie-Britannique n'obtiennent pas suffisamment d'inscriptions aux cours sur les services aux adultes âgés parce que les gens ne les trouvent pas aussi attirants que les autres et pensent qu'ils ne sont pas aussi susceptibles de mener un emploi stable. En général, dans certaines parties de la province, les collèges communautaires ont beaucoup de difficulté à offrir un cours aux aides-soignants en établissement, sans parler des aspects liés à la santé mentale et des choses de ce genre. Encore une fois, c'est attribuable en partie au problème du vieillissement et à la façon dont nous voyons le travail avec des adultes âgés.

**Mme MacCourt :** À ce sujet, il existe aussi des programmes d'éducation à distance. Les travailleurs de soutien à domicile vont dans les foyers, et les aides-soignants vont dans les établissements. Je croyais, que de toute façon, dans le système public, les gens devaient aujourd'hui avoir subi une formation pour travailler dans un établissement de soins de longue durée ou en tant que travailleur de soutien à domicile. Ils doivent être formés en soins gériatriques. La mesure dans laquelle on met l'accent sur la santé mentale ou la toxicomanie varie vraiment. C'est habituellement les responsables des programmes de sensibilisation psychogériatrique qui s'en chargent, car ils prévoient un volet « santé mentale » dans le cadre de la formation, ou il peut y avoir dans la collectivité un éducateur en psychogériatrie qui offre la formation supplémentaire. On peut parler à quelqu'un au collège universitaire Malaspina, où je suis, mais l'éducation permanente, c'est une question de chance. En Colombie-Britannique, actuellement — nous pouvons vous transmettre cette information — dans le cadre du modèle de soins chroniques, on a entrepris un projet qui consiste à examiner les soins aux personnes atteintes de démence, l'éducation des soignants et des fournisseurs de soins, dans le but d'établir un programme provincial. Au début, on devait s'inspirer du modèle ontarien, mais je crois que ça a changé.

**Le président :** Un programme provincial qui serait offert par l'entremise des collèges communautaires?

**Mme MacCourt :** Au moyen de diverses méthodes, mais il y aurait un programme d'études normalisé qui se composerait de questions qu'il faut aborder auprès des gens qui entrent dans le système et de ceux qui en font déjà partie. Cependant, il n'y a pas d'argent. Donc, tout le monde a conjugué ses efforts pour le créer, et maintenant, on demande au gouvernement provincial de financer le réseau qu'on est en train de mettre sur pied ainsi que la prestation de ces modules. Ce sera un programme sous forme de modules. Martha prépare également des modules fondés sur des cas de santé mentale et gériatrique à l'intention des équipes multidisciplinaires, y compris les aides-soignants. Ça pourrait être assez efficace. Là encore, on disposait de financement pour la création, mais pas pour la mise en oeuvre. Il y a beaucoup de matériel, mais il n'est pas mis en place. Il y a aussi le système des collèges privés, et souvent, on envoie les assistés sociaux dans ces établissements pour qu'ils suivent une formation, entrent sur le marché du travail et soient rémunérés. C'est une solution à court terme. C'est nécessairement eux qui décident de s'engager dans cette voie, mais ça ne veut pas nécessairement dire qu'ils vont obtenir un emploi.

One of the issues we have faced is the "de-skilling," where you keep pushing down the level needed to do any particular task, but not necessarily with the support or the education for that. Another issue is lots of casual employees are being used in long-term care facilities and home support in spite of the emphasis on continuity of care and the mission statements of various places. They bring people in for half-shifts. This creates problems with morale. It creates problems with the motivation to get the knowledge.

The Registered Nurses Association of B.C. looked at the full-scope RN and the full-scope LPN in long-term care. They have just done a report, and we could get that for you, if you like. It would give you a sense of what those roles could be. There is also a group from the community colleges in B.C. that could likely provide curriculum information if you are interested. However, unless it is made mandatory for the private as well as the public operators to hire trained people, and unless there is more about mental health in the curriculum than there is currently, it is not as useful as it could be. It is better, but not as useful.

I would just like to touch on the issue of culture, what we train people to do, and the focus has been on the bathing and so forth. I have just done 15 focus groups on long-term care around psychiatric behavioural problems of dementia, education and that kind of thing. What comes across is there are very different cultures and facilities, and there is inadequate research in this area, but you wonder what is it that causes a culture to be the way it is? In some places that have the same number of staff as others, they do pay attention to the residents as individual persons. They are focused on relationships and are supported by management in that. The morale is usually quite high. In other facilities that is not the case, and people are actually quite cynical. They have begun to feel over the last couple of years that our resources keep shrinking in this province for long-term care, for staffing and so on. We try to do more with less, in many ways without addressing culture, team work and the area of relational care. We set up our front-line caregivers for what we call "moral distress," that is the catchword these days, but where they are caught between. As Elizabeth said, they come out of training keen. They came to the work because they wanted to and because they care, and then it is bang, bang, bang, bang, just keep moving on those nine baths. We set them up to experience a lot of angst about the work they are doing, never feeling they do it adequately.

Quite often, we will throw education at them. I do it myself. You talk about individualized care, you talk about behavioural recordings so that you can follow behaviour, and you talk about care planning meetings, but in many facilities those things are not

L'un des problèmes auxquels nous nous sommes butés est la « déqualification », qui consiste à rabaisser continuellement le niveau nécessaire pour effectuer une tâche donnée, mais pas nécessairement avec la formation ou le soutien requis. Aussi, les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile emploient beaucoup d'employés occasionnels, même si on met l'accent sur la continuité des soins, et malgré l'énoncé de mission des divers endroits. Ils font entrer les gens pour des demi-quarts de travail. Cela mine le moral des employés. Ça ne les motive pas à acquérir les connaissances requises.

La Registered Nurses Association of B.C. a examiné tous les rôles des infirmières autorisées et tous ceux des infirmières auxiliaires autorisées qui travaillent dans les soins de longue durée. Elle vient à peine de rédiger un rapport, et on pourrait l'obtenir pour vous, si vous voulez. Il vous donnerait une idée des ces rôles. Il y a également un groupe provenant des collèges communautaires en Colombie-Britannique qui pourrait probablement vous fournir des renseignements sur le programme, si cela vous intéresse. Toutefois, à moins que les exploitants publics et privés ne soient obligés d'embaucher du personnel formé et à moins qu'on n'aborde davantage la santé mentale dans le programme qu'on ne le fait actuellement, ce n'est pas aussi utile que ça pourrait l'être. C'est mieux, mais ce n'est pas aussi utile.

J'aimerais aborder la question de la culture et la formation offerte aux personnes, qui met l'accent sur le bain et ainsi de suite. Je viens de mener quinze groupes de discussion sur les soins de longue durée à l'égard de problèmes de comportement d'ordre psychiatrique axés sur la démence, l'éducation et ce genre de choses. Ce qu'on remarque, c'est qu'il existe des cultures et des installations très différentes et que la recherche est inadéquate dans ce domaine, mais vous vous demandez ce qui a pu entraîner une telle culture. Dans certains endroits, où il y a le même nombre d'employés, ils traitent les résidents comme des personnes. Ils mettent l'accent sur les relations, et la haute direction appuie cette idée. Le moral est habituellement assez bon. Dans d'autres établissements, ce n'est pas le cas, et les personnes sont vraiment très cyniques. Elles ont commencé, au cours des dernières années, à sentir que nos ressources diminuaient continuellement dans cette province en ce qui concerne les soins de longue durée, la dotation et ainsi de suite. On tente d'en faire davantage en disposant de moins de ressources sans que l'on puisse tenir compte, de façon générale, de la culture, du travail d'équipe et du domaine des soins relationnels. Nos soignants de première ligne souffrent de ce qu'on appelle la « détresse morale », c'est le mot à la mode ces jours-ci, mais ils sont pris dans cette situation. Comme l'a dit Elizabeth, à la suite de la formation, elles sont enthousiastes. Elles vont travailler parce qu'elles le veulent et qu'elles y tiennent, et puis c'est bang, bang, bang, bang, continuez de donner ces neuf bains. On fait en sorte qu'elles sont très angoissées en raison du travail qu'elles accomplissent; elles n'ont jamais l'impression de faire leur travail de façon adéquate.

Assez souvent, on va leur parler d'éducation. Je le fais moi-même. Vous parlez de soins individualisés, vous parlez de la consignation des comportements pour en faire le suivi et vous parlez des réunions de planification des soins, mais, dans bon



happening. In home support there is even less because they are not in one spot. You have people who are not well trained, whose real asset is themselves, not being well supported and trying to provide care out there. I do not know how you want to talk about that, but it is more than training. It is supporting those cultures and providing the incentives. It is not at issue of more people necessarily, although there is a point at which you do need more people. It is more a question of support for the people who do that work

**Senator Trenholme Counsell:** The situation in institutions, where workers have to give ten baths and feed eight people, is very real, and I do not know that that will change because of the time allowances for so many hours per patient of nursing time and so many patients to look after. It is terrible for the people who work there, and I do not really see it improving because the level of need of the patients is increasing. You do not get into many of these institutions unless you have great needs. I am just wondering if we have in Canada any kind of brochure in praise of caregivers for seniors that could be distributed to home care workers who work in individual homes for one hour, two hours, four hours a day, whatever it is, or in nursing homes to the people who are not registered nurses or registered nursing assistants — or even to them — that would, first of all, empower them and congratulate them on what they have become. I think it is a very discouraging situation. They probably have little feeling of being valued in our society, and they should be valued.

You could have also publications with brief but valuable information on what to look out for. Many times today I have thought about the seniors coming to me — not only seniors, sometimes other people who have problems with confusion and delirium — with bags of bottles of pills. You have to sort through that now. This is what a nurse practitioner would do so well, but that is just one thing that people who work in the homes should look out for. It is not a problem in the institutions. I do not know whether the mental health association or the federal government could make that happen, but maybe it would be empowering.

**Ms. Flower:** Thank you for those words, senator, because there is tons of written information out there. Certainly at CAMH we look at language that is not above a grade 5 reading level because we need information that is clear, that is precise. There are two problems: To give the definition of the illness, the depression, for example, is one thing, but to let people know what steps they should take is something else. The pamphlet that you would like to see, and which I think is easy to produce and would be very worthwhile, would offer support there, but there is a hierarchy. The registered nurses would look at it, and that does not apply to

nombre d'établissements, ces choses ne se produisent pas. Dans le cadre du soutien à domicile, on en fait encore moins, car les personnes ne se trouvent pas en un seul endroit. Il y a des gens qui ne sont pas bien formés, qui n'ont qu'eux-mêmes comme ressource, qui ne sont pas bien soutenus et qui tentent de fournir des soins à l'extérieur. Je ne sais pas quel aspect vous voulez aborder, mais ça touche bien plus que la formation. Il faut soutenir ces cultures et offrir des mesures incitatives. Ce n'est pas nécessairement une question d'avoir davantage de personnel, même si, à un certain moment, vous en avez besoin. Il faut plutôt soutenir les personnes qui accomplissent ce travail.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Dans les établissements, la situation où des employés doivent donner dix bains et nourrir huit personnes est très réelle, et je ne sais pas si ça va changer en raison du nombre d'heures alloué pour prendre soin des patients et du fait qu'il y a tellement de patients dont ils doivent s'occuper. C'est une situation terrible pour les personnes qui travaillent là, et je ne crois pas qu'elle va s'améliorer, car les besoins des patients augmentent continuellement. Vous n'entrez pas dans bon nombre de ces établissements à moins que vous n'ayez des besoins élevés. Je me demande simplement si on dispose, au Canada, d'un genre de brochure qui fait l'éloge des fournisseurs de soins auprès des personnes âgées et que l'on pourrait distribuer aux personnes fournissant des soins à domicile pendant une heure, deux heures, quatre heures par jour peu importe, ou dans les centres de soins infirmiers aux personnes autres que les infirmières autorisées ou les infirmières auxiliaires autorisées — ou même à ces dernières — ce qui leur donnerait tout d'abord du pouvoir et permettrait de les féliciter pour ce qu'ils ont accompli. Je crois qu'il s'agit d'une situation très décourageante. Ces personnes ont probablement l'impression d'avoir peu de valeur pour notre société, alors on devrait reconnaître leur valeur.

Vous pourriez également publier de brefs documents qui contiennent des renseignements précieux sur ce à quoi on devrait s'attendre. Aujourd'hui, j'ai beaucoup pensé aux personnes âgées qui viennent me voir — pas seulement les personnes âgées, mais parfois d'autres personnes qui éprouvent des problèmes relatifs à la confusion et au délire — et qui apportent des sacs remplis de médicaments. Vous devez en faire le tri maintenant. C'est le genre de travail qu'accomplirait de façon adéquate une infirmière praticienne, mais c'est seulement l'une des choses que les personnes offrant des soins à domicile doivent vérifier. Ce n'est pas un problème dans les établissements. Je ne sais pas si l'Association pour la santé mentale ou le gouvernement fédéral pourrait faire en sorte que ça se produise, mais ça pourrait être stimulant.

**Mme Flower :** Merci de cette intervention, sénateur, car il y a beaucoup d'informations écrites ici. Au CTSM, on a des documents dont le niveau de lecture correspond à la cinquième année, car on a besoin de renseignements clairs, précis. Il y a deux problèmes : donner la définition de la maladie, la dépression, par exemple, c'est une chose, mais faire savoir aux gens les mesures qu'ils devraient prendre, c'est autre chose. Le dépliant que vous aimeriez voir et qui, je crois, est simple à produire et serait très utile, offrirait du soutien à cet égard, mais il existe une hiérarchie. Les infirmières autorisées le consulteraient, mais ça ne s'applique

them. It is not for them. However, certainly the Registered Nurses Association of Ontario has fact sheets on best practices and we have an excellent module for long-term care in Ontario. We ourselves at CAMH have a number of these one-page information sheets. I think it would be very inexpensive and would raise the persons' sense of feeling valued. I would also like to talk about how the personal support workers have to provide 10 baths in a certain time. I think we have to look at what we are doing. Who says everyone has to be bathed every day? It is once a week, if you are lucky.

**Senator Pépin:** As nurses, we have to give 10 baths a day.

**Ms. Flower:** I think we have to note the value of the personal conversations that go on and make that a higher priority. It is a better mental health approach than the other route of "we must." If I could just tell one story — we were told this by personal support workers — Mr. X was such a dreadful person. He would not get into the shower; it took four staff to get him into the shower. We asked, "What do you know about Mr. X?" They had some ideas. They knew his family and so on. What they had not understood was that Mr. X was Jewish. He had been in a concentration camp as a child. As he aged and his mental ability shifted, the fear of getting into a shower just devastated him, and we were sending four people to force him in. That is not healing and it is not capturing the stories, because the stories are the essence of the individual

**Ms. Malach:** My thought is that we have to put a lot of emphasis on training needs; the coalition would agree that training is essential. We also talk at the coalition about raising the accountability beyond the providers, the people already committed to being there and caring for people, the caregivers already committed to being there and caring for their loved ones, to make the hospitals in the provinces also accountable. It is often a challenge for us when we hear that service delivery numbers or staffing numbers will not change because of resources, but yet we still expect people, whether trained or not, to show certain behaviours. We often talk about what would happen if we made training in mental health issues part of an education accreditation within all hospitals and long-term care facilities. The idea would be to make sure that within provincially legislated long-term care facilities, it is specifically identified that nurses have to provide a certain number of hours of mental health care, just as they have to provide one or ten baths a week, whatever it is, and actually have it written down. We have looked at the legislation in Ontario with Monique Smith and realized that the terminology does not fit within mental health. "Medical care" means physical care. "Training" means medical training or how to give baths or showers. We want mental health explicitly defined as part of care,

pas à elles. Ce n'est pas pour elles. Toutefois, la Registered Nurses Association of Ontario possède des feuillets d'information sur les pratiques exemplaires, et nous avons un excellent programme de soins de longue durée en Ontario. Au CTSM, nous avons plusieurs de ces feuillets d'information de une page. Je crois que les frais ne seraient pas très élevés et que les personnes auraient l'impression d'être appréciées. J'aimerais également parler du fait que les préposés aux services de soutien à la personne doivent donner dix bains dans un délai particulier. Je crois qu'il faut examiner ce que nous faisons. Qui dit que tout le monde doit prendre un bain chaque jour? C'est une fois par semaine si vous êtes chanceux.

**Le sénateur Pépin :** En tant qu'infirmière, nous devons donner dix bains par jour.

**Mme Flower :** Je crois qu'il faut évaluer la valeur des conversations personnelles et en faire une priorité. Il est préférable de suivre ce modèle de santé mentale que l'autre voie, qui consiste à dire « nous devons ». J'aimerais raconter une histoire — qui m'a été racontée par les préposés aux services de soutien à la personne — M. X n'était pas une personne agréable. Il ne voulait pas aller sous la douche ; il fallait quatre employés pour le faire entrer dans la douche. Nous leur avons demandé : « Que savez-vous de M. X? » Ils en avaient une petite idée. Ils connaissaient sa famille et ainsi de suite. Mais ce qu'ils ne savaient pas, c'est que M. X était juif. Il a été envoyé dans un camp de concentration quand il était jeune. À mesure qu'il vieillissait et que son aptitude mentale changeait, la peur de prendre une douche l'a dévasté, et nous envoyions quatre personnes pour le forcer à la prendre. Il ne pourra pas guérir de cette façon, et on n'apprend pas les histoires, car les histoires sont l'essence de la personne.

**Mme Malach :** Selon moi, on doit mettre l'accent sur les besoins en formation; la coalition serait d'accord pour dire que la formation est essentielle. Au sein de la coalition, on a également parlé du fait d'accroître la responsabilité au-delà des fournisseurs, puisque les personnes s'étaient déjà engagées à être là et à prendre soin des autres, que les fournisseurs de soins s'étaient déjà engagés à être là et à prendre soin des êtres chers, pour rendre également les hôpitaux des provinces responsables. Cela représente souvent un problème pour nous, quand nous entendons dire que le nombre d'employés affectés à la prestation de services ou que le nombre d'employés ne changera pas en raison des ressources, mais nous nous attendons toujours à ce que les personnes, qu'elles soient formées ou non, adoptent certains comportements. Nous avons souvent parlé de ce qui se produirait si la formation sur des enjeux de santé mentale faisait partie d'un agrément au sein de tous les hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. L'idée, ce serait de veiller à ce que, dans les établissements de soins de longue durée, régis par les lois provinciales, on détermine de façon particulière que les infirmières doivent fournir des soins de santé mentale pendant un certain nombre d'heures, comme elles doivent donner un ou dix bains par semaine, peu importe, et qu'on les mette par écrit. En collaboration avec Monique Smith,



and we want it specifically defined that training should not just focus on falls prevention and restraints issues, but also on mental health issues.

**The Chairman:** In effect, you are telling me that the legislation is strictly oriented towards physical care. That is it?

**Ms. Malach:** Yes

**The Chairman:** Mental health is not a negative. It is just ignored?

**Ms. Malach:** Yes.

**The Chairman:** Is that true in other provinces? You are giving the Ontario example. Anyone know about B.C.?

**Ms. MacCourt:** The facilities have changed tremendously in the last few years. In Manitoba and B.C., historically, they were for people who could still walk and did not have dementia, an entirely different population. That is why our facilities are so poorly adapted for the people we are trying to care for now, and the staffing levels have not changed. They may have even gone down, and yet, as Elizabeth has said, the complexity has increased tremendously. It is all physical care. The other issue is the multidisciplinary team we talk about. That has been decimated too in long-term care, so you basically have your front-line workers and a nurse, and you might only have one for 50 people on nights, when everybody is tucked away in bed, hopefully. That is the historical situation and it has not changed. You could recommend changes.

**Ms. Spencer:** Senator Counsell was asking about ways to recognize the formal caregivers, and actually in Quebec there is a Roses d'Or program run by FADOQ, which is basically a federation of seniors' organizations. Roses d'Or is a recognition of facilities that are doing things well. It is a very positive approach. I think words of praise are extremely important, but I also think a pay raise for service providers and caregivers would be nice, as would a full-time job.

**Senator Trenholme Counsell:** I would like to think of a broad way in which we could possibly do something like this, maybe a booklet saying "Thank you for caring," because in every institution now you will have people who are 25 years old and people who are 95. Of course, the majority are in the older age range, but you have people with severe cerebral palsy or accident victims with brain injuries, and so on and so forth. These same caregivers in our communities are going into homes where they

on a examiné les lois de l'Ontario et on s'est rendu compte que la terminologie ne correspond pas à la santé mentale. Les « soins médicaux » représentent les soins physiques. La « formation » représente la formation médicale ou la façon de donner des bains ou des douches. On veut que la santé mentale fasse explicitement partie de la définition des soins et que la formation soit définie de façon particulière afin qu'elle mette l'accent non pas uniquement sur la prévention des chutes et les enjeux relatifs à la contention, mais également sur des enjeux relatifs à la santé mentale.

**Le président :** En fait, vous me dites que les lois sont strictement orientées vers les soins physiques. C'est ça?

**Mme Malach :** Oui.

**Le président :** La santé mentale n'est pas négative. Est-ce qu'on la laisse simplement de côté?

**Mme Malach :** Oui.

**Le président :** Est-ce vrai dans les autres provinces? Vous donnez l'exemple de l'Ontario. Quelqu'un sait-il ce qu'il en est en Colombie-Britannique?

**Mme MacCourt :** Les établissements ont changé de façon considérable au cours des dernières années. Au Manitoba et en Colombie-Britannique, ils étaient destinés aux personnes qui pouvaient encore marcher et qui n'étaient pas atteintes de démence, une population entièrement différente. C'est pourquoi nos établissements sont si peu adaptés aux personnes dont nous tentons de prendre soin actuellement, et les niveaux de dotation sont restés les mêmes. Ils ont peut-être même diminué, mais, comme l'a dit Elizabeth, la complexité a augmenté de façon considérable. Il ne s'agit que des soins physiques. L'équipe multidisciplinaire dont nous avons parlé. On l'a également éliminée dans les soins de longue durée, alors vous avez vos employés de première ligne et une infirmière, et elle pourrait être seule pour s'occuper de cinquante personnes pendant les nuits, lorsque tout le monde est, vous l'espérez, endormi. C'est la situation historique, et elle n'a pas changé. Vous pourriez recommander des modifications.

**Mme Spencer :** Le sénateur Counsell a demandé que l'on trouve des façons de reconnaître les fournisseurs de soins officiels, et, actuellement, au Québec, il existe un programme Roses d'Or dirigé par la FADOQ, qui est principalement une fédération d'organisations à l'intention des personnes âgées. Le programme Roses d'Or permet de reconnaître les établissements qui font le travail de la bonne façon. C'est une approche très positive. Je crois que les éloges sont extrêmement importants, mais je crois également qu'une augmentation de salaire pour les fournisseurs de services et les fournisseurs de soins serait intéressante, tout comme un emploi à temps plein.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'aimerais penser à la façon dont on pourrait possiblement faire quelque chose comme ça, peut-être publier un livret pour les remercier des soins qu'ils ont apportés, car dans chaque établissement, vous trouverez actuellement des personnes qui ont 25 ans et d'autres qui en ont 95. Bien sûr, la majorité sont plus âgées, mais il y a des personnes qui souffrent d'une infirmité motrice cérébrale grave ou des victimes d'accidents qui ont subi des lésions cérébrales et ainsi de

may spend two hours a day caring for someone who is 95 and the next two hours with somebody who is five years old, because many of them are employed by organizations that provide care. While government does legislate so many hours, I do not think you could ever get them to think in terms of a budget of so many hours for physical care. It is the attitude that has to change. You cannot legislate that, and you cannot say, "There will be a half an hour a day for mental health."

**The Chairman:** That is what I meant by "culture."

**Senator Trenholme Counsell:** That is right, but we can raise this, if we are going to talk about caregiving in this mental health report, which obviously we are. It is a caring society, if you will, and it is looking beyond the bath. When you are giving a bath, whether it is to a baby or someone who is like a baby and is 95, it is the same thing. You are not just washing the skin. You are caring for the person, and I think we can talk about this philosophy of caring.

**Ms. Barr:** CAMH, the Centre for Addiction and Mental Health, is in fact coming out with a booklet. It will not be called "In Praise of Caregivers" unfortunately, although that is a great title, but it is "Responding to Older Adults with Mental Health and Addiction Challenges," or substance use challenges, I cannot remember. Anyway, it is a booklet and should be coming out in the next six months. It will be very inexpensive, maybe between \$5 and \$10, or possibly free, depending on what funding we can find, at least throughout Ontario, and there are other educational materials that we are working on.

Charmaine is busily writing some material for us that can be disseminated as a beginning. You are talking about something else. I just wanted people to know that was in the works.

**Ms. Sirett:** I hope my comment does not seem too frivolous, but there is just a slight irony. This is an excellent booklet. I just want to point out the disclaimer at the back, that the views expressed herein do not necessarily represent the official policies of Health Canada. I just found that a little ironic.

**Ms. MacCourt:** That is my booklet. That is produced by the Seniors Psychosocial Interest Group. I did not know that you had to put this statement on everything, so I had to have a stamp made and stamp it on about 10,000 copies by hand, even though they paid for everything.

**The Chairman:** That is your caring federal government for you. That is a joke we will have to find a way to include somewhere, a good note of levity.

suite. Ces mêmes fournisseurs de soins dans nos collectivités se rendent dans les maisons où ils peuvent passer deux heures par jour à prendre soin d'une personne âgée de 95 ans et, le jour suivant, passent deux heures avec un enfant de 5 ans puisque bon nombre de ces employés travaillent pour des organismes qui fournissent des soins. Même si le gouvernement légifère sur le nombre d'heures, je ne crois pas qu'il pourrait attribuer un budget de tant d'heures consacrées aux soins physiques. C'est l'attitude qu'on doit changer. Vous ne pouvez pas légiférer sur cela et vous ne pouvez pas dire : « On va consacrer une demi-heure par jour à la santé mentale ».

**Le président :** C'est ce que je voulais dire par « culture ».

**Le sénateur Trenholme Counsell :** C'est bien, mais on peut soulever ce point si l'on parle, dans le cadre du présent rapport sur la santé mentale, du fait d'apporter des soins, ce dont on parle évidemment. On vit dans une société humanitaire, si vous voulez, et elle regarde au-delà des baignoires à donner. Lorsque vous donnez un bain, que ce soit à un bébé ou à une personne qui agit comme un bébé, mais qui a 95 ans, c'est la même chose. Vous ne lavez pas simplement la peau. Vous prenez soin de la personne, et je crois qu'on peut parler de cette philosophie qui consiste à apporter des soins.

**Mme Barr :** Le CTSM, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, va publier un livret. Malheureusement, il ne s'intitulera pas « Éloges aux fournisseurs de soins », même si c'est un bon titre, mais plutôt « Responding to Older Adults with Mental Health and Addiction Challenges », c'est-à-dire Prendre soin des personnes âgées souffrant d'une maladie mentale et éprouvant des problèmes de dépendance, ou des problèmes de toxicomanie, je n'arrive pas à me rappeler. De toute façon, il s'agit d'un livret qui devrait être publié au cours des six prochains mois. Il ne coûtera pas cher, peut-être de 5 à 10 \$ ou il se peut qu'il soit offert gratuitement, selon le financement qu'on pourra trouver, au moins en Ontario et on travaille actuellement sur d'autres documents éducatifs.

Charmaine rédige actuellement des documents pour nous qui pourront être tout d'abord publiés. Vous parlez d'autres choses. Je voulais simplement faire savoir aux gens que la rédaction de ces documents était en cours.

**Mme Sirett :** J'espère que mes commentaires n'ont pas trop l'air frivoles, mais on décèle simplement une légère ironie. C'est un excellent livret. J'aimerais simplement attirer l'attention sur l'avertissement qui se trouve au verso selon lequel les opinions exprimées dans le présent livret ne représentent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada. Je trouve simplement cela un peu ironique.

**Mme MacCourt :** C'est mon livret. Il est produit par le Seniors Psychosocial Interest Group. Je ne savais pas que vous deviez mettre cet énoncé sur tous les documents, alors j'ai fait fabriquer un tampon et j'ai estampillé cet énoncé à la main sur 10 000 exemplaires, même s'il avait tout payé.

**Le président :** C'est la façon dont votre gouvernement fédéral prend soin de vous. C'est une blague qu'on devra intégrer quelque part, une bonne façon d'alléger l'atmosphère.



**Dr. Drance:** In reference to the issue of nursing hours and how we are not likely to see an increase for the people living in care homes, that is quite distressing, because I do not think that would be the case if we had developed a new technology in an acute care setting that required more nursing hours for a good outcome. We would not even question it. It would be how and in what way we would reallocate those resources. I would also like to point out that nursing hours across the country are completely inequitable, so that places in Saskatchewan provide over three hours of nursing care for the same kinds of people to whom, say, B.C. provides 2.8 hours. Looking at this inequity is perhaps something that we could encourage.

**The Chairman:** You mean nursing home regulations?

**Dr. Drance:** Yes. The numbers of hours that we are funded for is very different across the provinces.

I also wanted to mention the labour environment. We have wonderful workers who do provide excellent care and who, at least in British Columbia, were fairly well compensated, but there was a rollback and unfortunately they lost wages, which was just unbelievable in the context of increasing complexity. One of the other challenges within that labour environment is that you do not always have the right people doing the right job. People with the most seniority are promoted and hired into ongoing positions, which it makes it very difficult, because many of the younger people or the people who have taken the training have the interest, have the gerontological experience, but we cannot hire them for those positions because of our labour situation. That makes it a little complicated.

One final story that I have not mentioned, but which I think is important, is that things can change even when the resources are extremely limited. Our health care organization, in which we have 700 elders living with us in very traditional care settings, has adopted a philosophy of care known as Eden, an alternative philosophy that has traditionally been thought of as bringing in pets and plants and children, and that is nice, but it is much more than that. It is a set of 10 principles that helps us to move towards truly person-centred relational care. It is, as you mentioned, Mr. Chair, a labour of culture change, and culture change does not happen in a year or six months. It happens over a decade. People are frustrated. They want to see the changes happen quickly, but we are in the midst of a revolution in looking at the way we can deliver care differently and getting back to the pre-1960s when people longed for the small communities of care. There are good things happening.

**La Dre Drance :** En ce qui concerne la question des heures consacrées aux soins infirmiers et le fait qu'on ne verra probablement pas une augmentation de ces heures pour prendre soin des personnes vivant dans des foyers, c'est assez décourageant, car je ne crois pas que ce serait le cas si on avait élaboré une nouvelle technologie dans un établissement de soins de courte durée qui exige davantage d'heures à consacrer aux soins infirmiers pour obtenir un bon résultat. On ne la remettrait même pas en question. On se demanderait plutôt comment réaffecter ces ressources et de quelle façon on pourrait y arriver. J'aimerais également souligner le fait que le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers partout au pays est tout à fait inéquitable; alors, à certains endroits en Saskatchewan, on fournit plus de trois heures de soins infirmiers au même genre de personnes auxquelles disons, la Colombie-Britannique consacre 2,8 heures. On devrait peut-être encourager l'examen de cette inégalité.

**Le président :** Vous voulez dire la réglementation des centres de soins infirmiers?

**La Dre Drance :** Oui. Le nombre d'heures pour lesquelles on reçoit du financement est très différent d'une province à l'autre.

J'aimerais également parler du milieu de travail. On a des employés merveilleux qui fournissent d'excellents soins et qui, au moins en Colombie-Britannique, ont reçu une bonne compensation, mais il y a eu des coupures, et, malheureusement, ils ont perdu leur salaire, ce qui était absolument incompréhensible en raison de la complexité accrue. L'un des autres problèmes en milieu de travail, c'est que ce ne sont pas toujours les bonnes personnes qui occupent l'emploi adéquat. Les personnes qui comptent le plus d'années de service sont promues et embauchées dans des emplois continus, ce qui rend la situation très difficile, car bon nombre des jeunes ou des personnes qui ont suivi la formation manifestent de l'intérêt et possèdent l'expérience voulue en gérontologie, mais on ne peut les embaucher pour occuper ces emplois en raison de notre situation de travail. Ça complique un peu les choses.

J'aimerais soulever un dernier point qui, je crois, est important : la situation peut changer même lorsque les ressources sont extrêmement limitées. Notre organisme de soins de santé, dans lequel vivent 700 personnes âgées qui reçoivent des soins très traditionnels, a adopté une philosophie de soins, connue sous le nom d'Eden, une philosophie de rechange qui consistait tout d'abord à mettre les personnes âgées en présence d'animaux de compagnie, de plantes et d'enfants, et c'est bien, mais c'est bien plus que cela. Il s'agit d'un ensemble de dix principes qui nous aident à nous diriger vers des soins relationnels vraiment axés sur la personne. C'est comme vous l'avez mentionné, monsieur le président, une question de changement culturel, et le changement culturel ne se produit pas en un an ou en six mois. Ça se produit sur une décennie. Les gens sont frustrés. Ils veulent voir les changements survenir rapidement, mais nous sommes au cœur d'une révolution où nous examinons la façon dont nous pouvons fournir des soins de façon différente et nous revenons au modèle en place avant les années 60, lorsque les gens avaient envie de petites collectivités de soins. De bonnes choses sont en train de se produire.

**The Chairman:** Could I then turn to the cultural question, not just in the sense that Suzanne mentioned, and I think you used the example of Chinese workers and so on. I am also curious to have Margaret comment on the question I raised earlier. Your document says it is not necessarily the best thing from the patient's point of view to have someone trained in a particular culture and a particular language. I would like people's comments on that, but with a particular focus on the Aboriginal community, not because Senator Gill is on the committee, but because we have been appalled as we travelled across the country by the quality of service for Aboriginal Canadians, whether they are on reserve or, in cases like Vancouver and Toronto, off reserve. Does anybody have any thoughts on what we can do, what we ought to recommend on the multicultural question, but more specifically on the Aboriginal question, in terms of providing service? Is anyone doing it well?

**Ms. MacCourt:** I did some mental health promotion work across Canada not too long ago, and there are some good models. There are some ways in which services are being delivered. For instance, I think it is in the Northwest Territories, or it could be the Yukon, people living in very isolated communities have to fly down quite frequently, and of course there are tons of complex medical problems. The band owns a house in town where they serve traditional food. They are accompanied to the house, they have a cultural broker who goes with them to all the appointments, and whatever customs are appropriate for that particular group of people are followed within that house. The spiritual aspect is there too, so that is available in the city.

**The Chairman:** Where is that?

**Ms. MacCourt:** The house is in Vancouver, and I think the program comes out of the Yukon, but I can get you that information.

**The Chairman:** I know, for instance, what they do not do in Ottawa. People often come to Ottawa out of Nunavut. When people come from Nunavut for treatment at the Ottawa Hospital, they do bring an interpreter with them, but the purpose of the interpreter is not a cultural one. It is because the individual actually cannot communicate with the doctor. I would love to see that. Does anybody else have good news, bad news?

**Ms. Sirett:** I do not have anything specific to add about the Aboriginal population other than what I mentioned earlier.

There are some models of cross-cultural care, and that is one way that we are looking at things. Everybody involved in health care should have some competence to learn from the people they are working with, the clients, about their culture, and be able to help interpret what I am doing as a clinician to their culture and vice versa. We are looking at it more from a cross-cultural perspective. For example, it is important to have language

**Le président :** Pourrais-je parler de la question culturelle, pas uniquement dans le sens abordé par Suzanne, et je crois que vous avez utilisé l'exemple des travailleurs chinois et ainsi de suite. J'aimerais également connaître l'opinion de Margaret sur la question que j'ai soulevée un peu plus tôt. Votre document énonce qu'il n'est pas nécessairement préférable que, d'après le point de vue des patients, une personne soit formée dans une culture et une langue particulières. J'aimerais entendre les commentaires des gens sur cette question, mais qu'ils mettent particulièrement l'accent sur la collectivité autochtone, pas seulement parce que le sénateur Gill siège au Comité, mais parce que nous avons été consternés, au cours de nos déplacements partout au pays, par la qualité des services offerts aux Canadiens autochtones, qu'ils vivent dans une réserve ou, dans des cas comme à Vancouver et à Toronto, hors réserve. Quelqu'un a-t-il une idée de ce que nous pouvons faire, de ce que nous devons recommander concernant la question multiculturelle, mais surtout sur la question autochtone, à l'égard de la prestation de services? Y a-t-il quelqu'un qui fait du bon travail?

**Mme MacCourt :** J'ai fait un peu de promotion de la santé mentale partout au Canada il n'y a pas si longtemps, et il existe certains bons modèles. Les services sont offerts de différentes façons. Par exemple, je crois que dans les Territoires du Nord-Ouest, ou peut-être au Yukon, les gens vivent dans des collectivités très isolées et doivent se déplacer assez fréquemment, et bien sûr, il y a beaucoup de problèmes médicaux complexes. La bande est propriétaire d'une maison en ville où les membres servent des aliments traditionnels. On accompagne les personnes à la maison, des représentants culturels les accompagnent à tous les rendez-vous, et on respecte toutes les coutumes appropriées pour ce groupe particulier de personnes à l'intérieur de cette maison. On trouve également l'aspect spirituel, alors les personnes y ont accès dans la ville.

**Le président :** Où est-elle située?

**Mme MacCourt :** La maison se trouve à Vancouver, et je crois que le programme a été mis de l'avant par le Yukon, mais je peux obtenir ce renseignement pour vous.

**Le président :** Je sais, par exemple, ce qu'ils ne font pas à Ottawa. Les gens du Nunavut viennent souvent à Ottawa. Quand les gens du Nunavut viennent à l'hôpital d'Ottawa pour y subir un traitement, ils emmènent un interprète avec eux, mais le but de l'interprète n'est pas culturel. C'est parce que la personne ne peut pas communiquer avec le médecin. J'aimerais vraiment voir ça. Quelqu'un d'autre a des bonnes nouvelles ou des mauvaises nouvelles à annoncer?

**Mme Sirett :** Je n'ai pas grand-chose de particulier à ajouter concernant la population autochtone outre ce que j'ai déjà mentionné.

Il existe certains modèles de soins interculturels, et c'est l'une des façons dont on observe certaines choses. Chaque personne qui participe aux soins de santé devrait avoir la capacité d'en apprendre sur les gens avec lesquels elle travaille, sur les clients, sur leur culture et être capable d'aider ces gens à interpréter ce qu'elle fait en tant que clinicien et vice versa. On l'observe actuellement davantage d'un point de vue culturel. Par exemple, il



interpretation, but it might not necessarily mean that a Chinese doctor has to see a Chinese family. A Vietnamese doctor could easily see a Chinese family, for example. However, we must all have that understanding and cultural competence. We actually have a cross-cultural clinic for mental health where there are a number of psychiatrists, most of whom do speak more than one language, but they do not just see people from their own ethnic or language group. They all have an understanding of post-traumatic stress disorder. It is important in a city like ours, where we have lots of refugees. That is a particular competence.

I do not know if we know enough about the elderly who come to Canada as refugees and have been victims of trauma or torture. We are trying to develop programs that can be more responsive and flexible, depending on the refugees that are coming to our city. We have specific programs for our largest groups, like the Chinese, the Sikh population, but, for example, in the last decade we have had a large number of people come from Eastern Europe, the former Yugoslavia. Were we adaptive enough for that group? Probably not, because we only had Chinese-, Sikh-, Vietnamese- and Spanish-speaking workers, but we did not have that cross-cultural competence where we could go in and work with them.

**The Chairman:** What do you do with all the Aboriginal street people in Vancouver? It is in your territory.

**Ms. Sirett:** It is.

**The Chairman:** What happens?

**Ms. Sirett:** Penny, maybe you can speak to it.

We do have specific services within Vancouver Community Mental Health. There is a native health liaison program within Vancouver Coastal. I am just not as well versed in it.

**The Chairman:** You understand why I am asking, because it is a huge percentage of your street people.

**Ms. Spencer:** I do not have a lot of information on health issues of older Aboriginal people with me today, but these are some of the things I do know. I know, for example, going back to an intergenerational perspective, that within some of the communities on Vancouver Island, older Aboriginal people are actually the supports to younger persons with substance use problems. They are the role model and the support around the mental health and addiction issues there. One of the best-practices sheets that we developed out of the Seeking Solutions project is on working with people who are identified as hard to house, hard to help, people, for example, who are living in the Downtown Eastside, some of whom are older Aboriginal people, and looking at what works well with them and what does not.

est important d'avoir un interprète de la langue, mais cela ne veut pas nécessairement dire qu'un médecin chinois doit s'occuper d'une famille chinoise. Par exemple, un médecin vietnamien pourrait facilement s'occuper d'une famille chinoise. Toutefois, on doit tous posséder cette compréhension et cette compétence culturelles. On possède actuellement une clinique de santé mentale interculturelle où on trouve plusieurs psychiatres, dont la plupart parlent plus d'une langue, mais ils ne s'occupent pas seulement de personnes provenant de leur propre groupe ethnique ou linguistique. Ils connaissent tous le syndrome de stress post-traumatique. C'est important dans une ville comme la nôtre, où on trouve beaucoup de réfugiés. Il s'agit d'une compétence particulière.

Je ne sais pas si l'on connaît assez bien la situation des personnes âgées qui trouvent refuge au Canada et qui ont été victimes d'un traumatisme ou qui ont été torturées. On tente actuellement d'élaborer des programmes qui peuvent être davantage adaptés et souples, selon les réfugiés qui arrivent dans notre ville. On a des programmes particuliers à l'intention des groupes les plus vastes, comme les Chinois, la population sikhe, mais par exemple, au cours de la dernière décennie, il y a eu beaucoup de personnes qui provenaient de l'Europe de l'Est, de l'ancienne Yougoslavie. Pouvait-on s'adapter à ce groupe? Probablement pas puisqu'on avait uniquement embauché des travailleurs qui parlaient chinois, sikh, vietnamien et espagnol, mais on ne possédait pas cette compétence interculturelle qui nous permettait de communiquer avec elles.

**Le président :** Que faites-vous de tous les Autochtones qui vivent dans la rue à Vancouver? Ça fait partie de votre territoire.

**Mme Sirett :** Oui.

**Le Président :** Qu'arrive-t-il?

**Mme Sirett :** Penny, peut-être peux-tu en parler.

On offre des services particuliers au sein de la Vancouver Community Mental Health. Il existe un programme de liaison en santé autochtone au sein de la Vancouver Coastal. Je ne connais pas très bien le sujet.

**Le président :** Vous comprenez pourquoi je pose la question, c'est parce que ça représente un pourcentage élevé de vos itinérants.

**Mme Spencer :** Je n'ai pas apporté beaucoup de renseignements sur les problèmes de santé des aînés autochtones, mais je vais vous présenter quelques-uns des éléments que je connais. Je sais que, par exemple, si l'on revient à un point de vue intergénérationnel, à l'intérieur de certaines collectivités de l'Île de Vancouver, les Aînés autochtones soutiennent en fait des jeunes qui ont des problèmes de toxicomanie. Ils représentent des modèles de comportement et des soutiens en cas de problèmes de santé mentale et de dépendance. L'un des feuillets sur les pratiques exemplaires qu'on a rédigés dans le cadre du projet Seeking Solutions concerne le fait de travailler auprès de personnes qu'il est difficile de loger, d'aider, des personnes qui, par exemple, vivent dans le Downtown Eastside, dont certaines sont des Aînés autochtones, et à observer ce qui fonctionne avec eux et ce qui ne fonctionne pas.

We have that kind of information from a counsellor who works with them one on one as well, looking at things more broadly in terms of the variety of different cultures. I think it comes back to looking at the impact of different kinds of federal policies on the well-being of older adults. It is important to understand the connection between cultural position and poverty, particularly in terms of immigration. That includes things such as old age security policy and the 10-year rules that leave a lot of older immigrants in very poor circumstances throughout their senior years, and understanding the effect that has on their mental health.

We have some cross-Canada research looking at rates of depression in Chinese communities. It varies among older Chinese people in different Canadian communities and varies quite significantly from community to community. For example, in Vancouver, the rates are actually higher than in some of the other communities. Older members of the Chinese community have been here a long time, but they can be quite isolated both by the language and by changing family roles. That is negatively affecting their mental health.

We need to understand the different ways in which signs of depression show up within different cultures, and it may not necessarily be the typical signs. More often, it can be somatic symptoms instead — changes in sleeping, changes in eating, things along that line. We have bits and pieces of information that apply within different cultures. It has only been popping up within the last couple of years. This is quite new research. Again, it is in isolated pockets, and we do not have a way of bringing that information together and being able to share it across the country.

**Senator Trenholme Counsell:** As I was listening, I remembered going to a First Nations community, to their new health centre. The minute I walked in the door, I realized that there was a sense of spirituality there. It was apparent throughout the place. I think that this concept of bringing the mind, the body and the spirit together is one that we should learn from our First Nations peoples. Of course, it is the essence of the World Health Organization's definition of health, and we should talk about that a lot more. It is very relevant to what we have been talking about today, the mind, the body, and the spirit. Those are not the exact words of the World Health Organization, but we know what they are. I think that if we can move away from medical clinics to health clinics, community health clinics, community health centres or whatever, we can make these places more embracing and more inclusive. We can talk about healing centres, the concept of healing rather than medicine. I think that we have a lot to learn from the First Nations in this way and a lot to learn from around the world. I would like to see this kind of philosophy perhaps mentioned in the report.

On a obtenu ce genre de renseignements de la part d'un conseiller qui travaille auprès de ces personnes de façon individuelle, ce qui nous permet d'observer les cultures différentes de façon plus vaste. Je crois que ça revient à observer les répercussions de différents genres de politiques fédérales sur le bien-être des personnes âgées. Il est important de connaître le lien entre la position culturelle et la pauvreté, surtout en ce qui concerne l'immigration. Cela comprend des éléments comme la politique sur la sécurité de la vieillesse, et les règles de dix ans qui font en sorte que beaucoup d'immigrants âgés vivent leur vieillesse dans la pauvreté, et il faut également connaître les répercussions de cette situation sur leur santé mentale.

Il existe certaines recherches pancanadiennes qui examinent les taux de dépression dans les collectivités chinoises. Ils varient chez les personnes âgées chinoises de différentes collectivités canadiennes et ils varient de façon assez importante d'une collectivité à l'autre. Par exemple, à Vancouver, les taux sont en réalité plus élevés que ceux de certaines autres collectivités. Les personnes âgées de la collectivité chinoise sont ici depuis très longtemps, mais elles peuvent être plutôt isolées en raison de la langue et des rôles familiaux en évolution. Cette situation a des répercussions négatives sur leur santé mentale.

On doit connaître les différentes façons dont les signes de dépression apparaissent au sein de différentes cultures, et ce ne sont pas nécessairement les signes typiques. Souvent, il s'agit de symptômes somatiques — changements relatifs aux habitudes de sommeil, changements relatifs à l'alimentation, des choses comme ça. On dispose de toutes sortes de renseignements qui s'appliquent au sein des différentes cultures. Ça a uniquement émergé au cours des dernières années. Il s'agit d'une recherche assez récente. Encore une fois, ce sont des cas isolés, et on n'a pas trouvé de façons de réunir ces renseignements et d'être en mesure de les échanger partout au pays.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** En vous écoutant parler, je me suis rappelé être allée dans une collectivité des Premières nations, dans le nouveau centre de santé. Aussitôt entrée, j'ai remarqué un sentiment de spiritualité. Il était présent dans tout le centre. Je crois qu'on devrait apprendre ce concept de communion de l'esprit, du corps et de la spiritualité des membres des Premières nations. Bien entendu, c'est l'essence de la définition de la santé posée par l'Organisation mondiale de la santé, et on devrait en parler un peu plus. Ça correspond grandement à ce dont on parle aujourd'hui, l'esprit, le corps et la spiritualité. Ce ne sont pas les mots exacts employés par l'Organisation mondiale de la santé, mais on sait ce qu'ils représentent. Je crois que si on passait des cliniques médicales aux cliniques de santé, aux cliniques de santé communautaire, aux centres de santé communautaire ou à quelque chose du genre, on peut rendre ces endroits plus accueillants et plus inclusifs. On peut parler de centres de guérison, du concept de guérison plutôt que de la médecine. Je crois qu'on peut en apprendre beaucoup des Premières nations de cette façon et qu'on peut en apprendre beaucoup du reste du monde. J'aimerais peut-être voir ce genre de philosophie dans le rapport.



**Ms. MacCourt:** As a member of a multidisciplinary community outreach program in mental health, how we handled the native population in our community was, basically, we did not. They were down there on a reserve, and we actually have a reserve in town. We just did not make visits there. It was not part of our mandate because it was a federal jurisdiction. There was a liaison person who came to the hospital to advocate for people and try to help them get placed back home, and that was part of the band office administration. When it came to substance abuse and First Nations people, we definitely did not take them because we did not take anybody who had a substance abuse problem. That was not very long ago. Now we have integrated substance abuse and mental health problems, at a theoretical level at any rate. However, there are still areas of federal jurisdiction that apparently prevent us from providing services to that reserve. That is my community.

When I was working on the Seniors Mental Health Policy Lens, which I told you about in my presentation, two of the organizations that came up were the National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization, NIICHO, and the Canadian Ethnocultural Coalition, CEC. I will provide you with information about both those organizations in a letter, because they brought people together from several communities, including First Nations, to identify the challenges that these seniors face to their well being and their mental health within our society. They talked about cultural disruption, ageism, sexism, and so on. There is some print material that came out of these meetings about the needs of people from their perspective that I can supply to you, as well as the contact information.

**The Chairman:** Who stops you from providing service to people on the reserve? Is it your policy?

**Ms. MacCourt:** Our policy. It is our provincial mental health department.

**The Chairman:** It says "Leave it alone, it is not our problem"?

**Ms. MacCourt:** That is right.

**The Chairman:** I do not mean to be critical, but the result is that it just does not get done. God knows, the feds will not do it. They may have the legal responsibility, but they will not do it.

**Ms. MacCourt:** That is true, and it is right in the middle of our community. The other thing I will send to you: I was thinking about your questions about First Nations. When I was doing the mental health promotion work, I talked to people in Nunavut, Yukon and Northwest Territories. I heard some interesting stories about seniors' mental health, because that is what it was about, seniors' mental health promotion, and we were looking at a broad definition of "mental health." There are some neat stories there and contact information. That was contract work I did for the federal government. I was telling the researchers at lunch, "You

**Mme MacCourt :** Je suis membre d'un programme d'approche communautaire multidisciplinaire en santé mentale; la façon dont on s'est occupé des membres de la population autochtone dans notre collectivité, c'est que, en fait, on ne s'en est pas occupé. Ils se trouvaient là dans une réserve, et, en réalité, on a une réserve dans la ville. On n'a tout simplement pas fait de visite à cet endroit. Ça ne faisait pas partie de notre mandat puisqu'il s'agissait d'une compétence fédérale. Un agent de liaison est venu à l'hôpital pour défendre les droits de ces personnes et pour tenter de les placer dans leur lieu d'origine, ce qui faisait partie des tâches administratives de la bande. En ce qui concerne la toxicomanie et les membres des Premières nations, on n'acceptait pas ces derniers parce qu'on n'acceptait personne qui avait un problème de toxicomanie. C'était il n'y a pas si longtemps. Maintenant, on a intégré la toxicomanie et les problèmes de santé mentale, au moins en théorie. Toutefois, il existe encore des domaines de compétence fédérale qui semblent nous empêcher de fournir des services sur cette réserve. C'est ma collectivité.

Lorsque je travaillais sur le Seniors Mental Health Policy Lens, dont je vous ai parlé au cours de mon exposé, l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, ONRIISC, et le Conseil ethnoculturel du Canada, CEC, étaient les deux organismes qui ont participé à ce projet. Je vais vous fournir des renseignements sur ces deux organismes au moyen d'une lettre, car ils rassemblent des gens provenant de plusieurs collectivités, notamment des Premières nations, pour déterminer les enjeux auxquels font face ces personnes âgées en ce qui concerne leur bien-être et leur santé mentale au sein de notre société. Ils ont parlé de rupture culturelle, d'âgisme, de sexisme et ainsi de suite. On a rédigé certains documents à la suite de ces réunions concernant les besoins cernés par les personnes, documents que je peux vous faire parvenir, tout comme les renseignements sur les personnes-ressources.

**Le président :** Qu'est-ce qui vous empêche de fournir des services aux personnes vivant dans la réserve? Est-ce votre politique?

**Mme MacCourt :** Notre politique. C'est le service de santé mentale de notre province.

**Le président :** Ça dit : « Laissez tomber, ce n'est pas notre problème »?

**Mme MacCourt :** C'est exact.

**Le président :** Je ne veux pas être critique, mais le résultat, c'est que rien ne se fait. Dieu sait que le gouvernement fédéral ne le fera pas. Il a peut-être la responsabilité légale, mais il ne le fera pas.

**Mme MacCourt :** C'est vrai, et la réserve se trouve en plein centre de notre collectivité. Il y a une autre chose que je vais vous envoyer : je pensais à vos questions concernant les Premières nations. Quand je travaillais à la promotion de la santé mentale, j'ai parlé à des gens vivant au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. J'ai entendu quelques histoires intéressantes à propos de la santé mentale des personnes âgées, car c'était là-dessus que je travaillais, la promotion de la santé mentale des personnes âgées, et on examinait une vaste définition de la « santé mentale ». On y trouve certaines histoires

do not own it any more," but they will not give it out to anybody. However, I will ask them for it and say you want it, because it is quite bulky. It is full of information from all over the country about what is happening in seniors' mental health, and they are using it as a resource, I understand, but not releasing it.

**The Chairman:** I know I should not ask this question because it is really stupid, but why are they not releasing it?

**Ms. MacCourt:** Because they are using it as a resource for their own department. I think there is also maybe the aspect that they do not want to be responsible for doing things. It had lots of suggestions about what they could do, which is part of what they asked for, but they did not perhaps want to be put on the spot and have to do them at that time. I will get that for you.

The policy lens that I mentioned to you is an analytic lens. It looks at policies that affect seniors, like waiting list policies, the policies that Faith was talking about that create barriers for people, those First Nations issues. It looks at policy and programs in terms of accessibility, also in terms of subpopulations. One of the questions it asked was did the policy or program avoid negative impacts for gays and lesbians, ethnocultural minorities, women and so on, the idea being that it is educative too, so if policy-makers were to use this, they would have to consider First Nations. I think the mentally ill are actually one of the groups. They would have to consider the impact of policy on caregivers, and other issues such as accessibility, seniors' sense of security, dignity and so forth. It is based on population health, mental health promotion, healthy aging policy and seniors' values as expressed across the country.

**Ms. Flower:** To go back to the earlier question on what do we know is happening with Aboriginals, I can only speak for the City of Toronto, and for the Centre for Addiction and Mental Health in particular. At CAMH we have a huge push for diversity. We have been doing this for quite a number of years now. We have diversity champions. We have all sorts of posters in our halls. We really try to monitor it and make sure that we are doing our best on diversity. It was the choice of the Aboriginal community not to be included because they felt that their needs were better met by their own people through the sweat lodges, the healing circles and so on. It even came to the point that, and I think this also speaks to diversity, they recognized that as Aboriginal peoples, going to the Centre for Addiction and Mental Health was not an attractive

intéressantes et des renseignements sur les personnes-ressources. C'était un contrat de travail que j'avais conclu avec le gouvernement fédéral. Au cours du dîner, je disais aux chercheurs : « Ce n'est plus à vous », mais ils ne voulaient pas le donner à personne. Toutefois, je vais le leur demander et leur dire que vous le voulez, car c'est assez volumineux. Il est rempli de renseignements qui proviennent de partout au pays concernant la situation de la santé mentale des personnes âgées, et je crois comprendre qu'ils l'utilisent comme une ressource, mais qu'ils ne le publient pas.

**Le président :** Je sais que je ne devrais pas poser cette question parce qu'elle est vraiment stupide, mais pourquoi ne le publient-ils pas?

**Mme MacCourt :** Parce qu'ils l'utilisent comme ressource pour leur propre service. Je crois également qu'ils ne veulent pas être responsables de certaines choses. Le document contient beaucoup de propositions concernant ce qu'ils pourraient faire, c'est ce qu'ils ont demandé, mais ils ne voulaient peut-être pas se mettre dans l'embarras et accomplir ces choses à ce moment-là. Je vais l'obtenir pour vous.

La vision de politique dont j'ai déjà parlé représente une vision analytique. On analyse les politiques qui touchent les personnes âgées, comme les politiques concernant les listes d'attente, les politiques dont Faith a parlé et qui créent des obstacles pour les personnes, ces enjeux relatifs aux Premières nations. On examine les politiques et les programmes en ce qui concerne l'accessibilité, de même que les sous-populations. Une des questions posées, c'était : la politique ou le programme permet-il d'éviter des effets négatifs pour les gais et lesbiennes, les minorités ethnoculturelles, les femmes et ainsi de suite? Le fait est que c'est également éducatif, alors si les décideurs voulaient l'utiliser, ils devraient tenir compte des Premières nations. Je crois que les personnes souffrant de troubles psychiques forment en réalité l'un des groupes. Ils devraient tenir compte des répercussions des politiques sur les fournisseurs de soins et d'autres enjeux, comme l'accessibilité, le sentiment de sécurité des personnes âgées, la dignité et ainsi de suite. La vision se fonde sur la santé de la population, la promotion de la santé mentale, la politique sur la façon de vieillir en santé et les valeurs des personnes âgées qu'elles ont exprimées partout au pays.

**Mme Flower :** Pour revenir à la question que vous avez posée un peu plus tôt concernant ce que l'on sait de la situation des Autochtones, je peux uniquement parler au nom de la ville de Toronto et au nom du Centre de toxicomanie et de santé mentale en particulier. Au CTSM, on a mis l'accent sur la diversité. C'est ce qu'on fait depuis quelques années maintenant. On a créé des postes de champions de la diversité. On a placé toutes sortes d'affiches dans nos corridors. On tente vraiment de la surveiller et on veille à faire tout ce qu'on peut à l'égard de la diversité. La collectivité autochtone a choisi de ne pas en faire partie, car elle avait l'impression que ses propres membres étaient mieux placés pour satisfaire à ses besoins au moyen des sueries, des cercles de guérison et ainsi de suite. La collectivité en est même venue, et je



option; and so they have moved off site, supported by CAMH, to an area that is much more in keeping with their values, beliefs and culture.

**The Chairman:** But you people provide the service?

**Ms. Flower:** Not strictly. The program manager makes sure that he hires only Aboriginal people in all the necessary disciplines, so there is a psychiatrist, there are a number of nurses, a number of social workers. The criterion is that they themselves can be seen as part of the process.

**The Chairman:** Do you have a description of this?

**Ms. Flower:** I will get you one.

**Senator Pépin:** My question has to do not with Aboriginals, but with immigrants. I was wondering if it would be reasonable to have doctors from different communities immigrate to Canada. In Quebec, and this is new, many taxi drivers are medical doctors. The proposal is that they be paid to train for a year or two, but that they have to wait to "recycle." I do not know if that is the right word in English. They will get their degree in Quebec, following which they will have to look after people from the community.

Do you think that idea is reasonable? How can we go about getting medical doctors to immigrate here? I know they will have to go through maybe a year or two of training, but they can be given bursaries, as we do for students. Perhaps they should have to reimburse that money later. It is an idea.

**Ms. Flower:** If we are providing, say, two years of training, which would be phenomenal, perhaps we could ask people once they are trained to stay in the area and give back the two years to the community.

**Senator Pépin:** I think we could do that, because I know that in Quebec right now, if you are a medical student who received a bursary, after you graduate, they will send you to a remote area for so many years and you have to practise there.

**The Chairman:** There are precedents for that. When I was a student, all kinds of people who were being educated as doctors were actually being paid by the military. The deal was the military would pay for your medical education, and I think you owed them one year of service for every year they paid for, or something like that. For dentists and doctors that was a very common way to get an education. I do not think that is an unreasonable condition.

**Senator Cook:** I may forget this if I do not say it now, Mr. Chair, but remember when we did the health study, the main one? We had as a witness either a psychiatrist or a psychologist from the Brantford area. She was native and had gone back to work

crois que   a concerne également la diversité, à reconnaître que le fait d'aller au Centre de toxicomanie et de santé mentale ne représentait pas un choix attirant pour les Autochtones; alors ils ont déménagé, appuyés par le CTSM, dans un endroit qui respecte beaucoup plus leurs valeurs, leurs croyances et leur culture.

**Le président :** Mais c'est vous qui offrez le service?

**Mme Flower :** Pas de façon rigoureuse. Le gestionnaire du programme veille à embaucher uniquement des Autochtones en ce qui concerne toutes les disciplines nécessaires, alors il y a un psychiatre, plusieurs infirmières, plusieurs travailleurs sociaux. Le critère ici, c'est qu'ils peuvent se considérer comme une partie du processus.

**Le président :** Avez-vous une description de cela?

**Mme Flower :** Je vais vous en donner une.

**Le sénateur Pépin :** Ma question concerne non pas les Autochtones, mais les immigrants. Je me demandais s'il serait raisonnable que des médecins provenant de différentes communautés immigrer au Canada. Au Québec, et c'est une situation récente, bon nombre de chauffeurs de taxi sont des médecins. On propose de les payer pendant un an ou deux pour suivre une formation, mais ils doivent attendre pour se « recycler ». Je ne sais pas si c'est le bon mot en français. Ils vont obtenir leur diplôme au Québec et ils devront par la suite s'occuper des personnes de la collectivité.

Pensez-vous que cette idée est raisonnable? Comment peut-on arriver à faire immigrer des médecins ici? Je sais qu'ils devront suivre une formation de un an ou deux, mais ils peuvent recevoir des bourses, comme on le fait pour les étudiants. Ils devraient peut-être rembourser l'argent plus tard. C'est une idée.

**Mme Flower :** Si on offre, disons, deux années de formation, ce qui serait phénoménal, on pourrait peut-être demander aux personnes formées de rester dans la région et de passer deux ans dans la collectivité.

**Le sénateur Pépin :** Je crois qu'on pourrait le faire, car je sais que, actuellement, au Québec, si vous êtes un étudiant en médecine qui a reçu une bourse, ils vont vous envoyer, après l'obtention de votre diplôme, dans une région éloignée pendant un tel nombre d'années et vous devrez exercer la médecine là-bas.

**Le président :** Il existe des précédents. Quand j'étais un étudiant, toutes sortes de personnes qui étudiaient la médecine étaient en fait payées par l'armée. Celle-ci payait vos études en médecine, et je crois que vous lui deviez une année de service pour chaque année d'études qu'elle vous avait payée, ou quelque chose comme ça. Pour les dentistes et les médecins, c'était une façon très courante d'obtenir une   ducation. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'une condition déraisonnable.

**Le sénateur Cook :** Je dois parler immédiatement avant que j'oublie ce que je voulais dire, monsieur le président, mais rappelez-vous l'étude sur la santé qu'on a menée, la plus importante? On avait comme témoin une psychiatre ou une

with her people. Do you remember? I think she talked about children. I do remember that she had gone back to whatever the First Nation is in the Brantford area.

**The Chairman:** Yes. It was during the hearings that ultimately led to our previous report. She was a very early witness. I do not remember her name. We will get you that material. I believe at the time she was the only native woman psychiatrist in the country.

**Senator Cook:** I do not remember, but we can go back and check.

**Ms. Spencer:** I was just thinking back to people from different parts of the country who kindly served on our steering committee for the Seeking Solutions project. In Kahnawake, the approach to substance use issues for older adults was to integrate it into the community health clinic, focusing not on ““You must stop drinking” and things like that, but on building people’s level of knowledge on health conditions such as diabetes and gently integrating the drinking information into that. That is one of the approaches that is being used. I know that in Calgary, where we do not necessarily think about an Aboriginal population in the downtown area, but actually it is a poor area of the city, they work very much one on one through the clinic, trying to build the community support and some knowledge of the health connections, again not necessarily focusing on saying “You must stop drinking.”

The other thing that crosses my mind, and this is from a couple years ago when I was asked to give a workshop for the Pacific addictions institute on older adults, most of the people who attended were native care aides. They spoke of the special challenges in and their concern about working with older members of their own community on substance use problems. That was a personal challenge, because they were saying, “I know that I am supposed to respect my elders, but I look at the problem and I wonder why it is like this.” They are facing a big struggle in understanding the nature of the problem among older members of the urban Aboriginal community.

Our steering committee member from Kahnawake talked about how we need to be cognizant of the cultural changes within Aboriginal communities and recognize the diversity of those communities. Models that work in one area — let’s say Quebec — do not necessarily work in Nunavut, Alberta, British Columbia or Prince Edward Island. It is not one size fits all. Figuring out the approach that makes the most sense within a particular community seems to be part of what is working.

psychologue de la région de Brantford. Elle était autochtone et était retournée travailler auprès de sa collectivité. Vous rappelez-vous? Je crois qu’elle a parlé des enfants. Je me rappelle qu’elle était retournée dans la collectivité des Premières nations présente dans la région de Brantford.

**Le président :** Oui. C’était pendant les audiences qui ont mené à notre rapport précédent. Elle était l’un des premiers témoins. Je ne me souviens pas de son nom. On va obtenir pour vous ce document. Je crois qu’à cette époque elle était la seule femme autochtone qui exerçait la psychiatrie au pays.

**Le sénateur Cook :** Je ne me rappelle pas, mais on peut y revenir et vérifier cette information.

**Mme Spencer :** Je repensais simplement aux personnes provenant de différentes régions du pays qui avaient gentiment participé à notre comité directeur concernant le projet Seeking Solutions. À Kahnawake, l’approche utilisée pour régler les problèmes de toxicomanie des adultes consistait à les intégrer à la clinique de santé communautaire et à mettre l’accent non pas sur le fait d’arrêter de boire et des choses comme ça, mais sur le renforcement des connaissances des personnes à l’égard d’affections, comme le diabète, et sur le fait d’y intégrer subtilement des informations sur l’alcoolisme. C’est l’une des méthodes utilisées. Je sais qu’à Calgary, où on ne pense pas nécessairement qu’il y a une population autochtone au centre-ville — mais, en réalité, c’est un quartier pauvre de la ville, ils travaillent surtout de façon individuelle au moyen de la clinique, tentant de renforcer le soutien communautaire et certaines connaissances à l’égard des liens en santé; encore une fois, ils ne font pas que dire « Vous devez arrêter de boire ».

L’autre chose à laquelle je pense, et ça remonte à quelques années lorsqu’on m’a demandé de présenter un atelier ayant trait aux adultes âgés pour le compte de l’institut des dépendances du Pacifique, c’est que la plupart des gens qui ont participé à cet atelier étaient des aides-soignants autochtones. Ils ont parlé des problèmes particuliers auxquels ils faisaient face et de leur préoccupation concernant le fait de travailler avec les personnes âgées de leur propre collectivité qui éprouvent des problèmes de toxicomanie. Ça représentait un problème personnel puisqu’ils disaient : « Je sais que je suis censé respecter mes aînés, mais j’ai analysé le problème et je me demande pourquoi la situation est ainsi ». Ils font face à un enjeu important qui consiste à connaître la nature des problèmes chez les personnes âgées de la collectivité autochtone urbaine.

La membre de notre comité directeur qui provenait de Kahnawake a parlé de la façon dont on devait être conscient des changements culturels au sein des collectivités autochtones et reconnaître la diversité de ces collectivités. Des modèles qui fonctionnent bien dans une région — disons au Québec — ne fonctionnent pas nécessairement au Nunavut, en Alberta, en Colombie-Britannique ou à l’Île-du-Prince-Édouard. Ce ne sont pas des modèles universels. Le fait de trouver le modèle qui a le plus de sens pour une collectivité particulière semble faire partie des éléments qui permettent le bon fonctionnement.



**Ms. Sirett:** I can certainly try to get you some information about what B.C. is doing in Vancouver. One thought that occurred to me while people were talking is my experience of living in New Zealand, the work done there and the mental health system for the Maori; it has actually developed. I believe the Maori developed their own independent system, and it seemed like a very successful model when I was there.

**The Chairman:** They are 40 per cent of the population, and the constitution gives them a significant role in terms of seats in Parliament and everything else.

I would like to move on to my last topic. What do we do with respect to either training or assistance for family caregivers, because there is a huge burnout problem? I think there is a lack-of-education problem. None of us is trained to be parents, but somehow we muddle through. Should we be thinking about a way in which, if spouses or children have to deal with a mentally ill senior, they can acquire some skill sets? I do not even know if anybody is doing that.

**Ms. Barr:** I would like to promote the idea of awareness strategies, because these problems are so stigmatized. Part of the family's dilemma is that they sometimes face the burden of care, if they can hang in there. The stories in your report spoke poignantly of that very thing. They are isolated, they are pushed away, they are shunned, and so there is no question in my mind that we have to look at ways to support families. The broader approach of raising general awareness to de-stigmatize both mental health and substance use problems will go a long way toward bridging that gap.

**The Chairman:** Is training an issue?

**Ms. MacCourt:** We do train family caregivers in my community, and have done for a long time.

**The Chairman:** Which "we"? You wear a lot of hats. Which "we" are you talking about?

**Ms. MacCourt:** From a seniors' mental health perspective, as clinicians, we have done training for caregivers for quite some time. We also do support groups and outreach to caregivers to provide support in the home, and there are respite programs and so forth. The point I would like to make about training, especially for adult children, is they want information. They want lots of information, because that is what our generation has been trained to do, to search for information, so we feel we can cope better. The group that I see as special are the senior spouses, who are usually providing care. I do not know how you feel, but I am already so old that I cannot stay up all night any more. I cannot stay up even half the night and still feel fresh the next day, and very often these older spouses are getting up because somebody is wandering, they are not sleeping because of their own problems and so on, so we set them a very challenging task. I am concerned about that particular group, and training is useful, because I think

**Mme Sirett :** Je peux certainement tenter d'obtenir pour vous certains renseignements concernant les activités à Vancouver, en Colombie-Britannique. Pendant que les gens parlaient, j'ai pensé à l'expérience que j'ai vécue en Nouvelle-Zélande, au travail accompli là-bas et au système de santé mentale des Maoris; le système a pris de l'ampleur depuis ce temps. Je crois que les Maoris ont élaboré leur propre système indépendant, et j'ai eu l'impression qu'il s'agissait d'un modèle fructueux.

**Le président :** Ils représentent 40 p. 100 de la population, et la constitution leur accorde un rôle important en ce qui concerne les sièges au Parlement et tout le reste.

J'aimerais aborder mon dernier sujet. Que fait-on en ce qui concerne la formation des aidants membres de la famille ou l'aide qu'on peut leur apporter, car il existe un grave problème d'épuisement professionnel? Je crois qu'il y a un problème lié au manque d'éducation. Personne n'est formé pour être parent, mais, d'une façon ou d'une autre, on s'en sort. Devrait-on penser à une façon dont les conjoints ou les enfants qui doivent s'occuper d'un aîné atteint de trouble psychique peuvent acquérir certains ensembles de compétences? Je ne sais même pas si quelqu'un le fait.

**Mme Barr :** J'aimerais encourager l'idée des stratégies de sensibilisation, car ces problèmes sont tellement stigmatisés. Une partie du dilemme de la famille, c'est qu'elle doit parfois assumer le fardeau des soins, si elle en est capable. Les histoires comprises dans votre rapport énoncent de façon troublante ce fait. Les membres de la famille sont isolés, on les laisse de côté, on les évite, alors, selon moi, c'est indiscutable : on doit trouver des façons de soutenir les familles. La méthode plus vaste qui consiste à accroître la sensibilité générale pour éliminer les stigmates de la santé mentale et des problèmes de toxicomanie aidera à combler cet écart.

**Le président :** La formation représente-t-elle un problème?

**Mme MacCourt :** Dans ma collectivité, on offre la formation aux aidants membres de la famille, ce qu'on fait depuis un long moment.

**Le président :** « On »? Vous accomplissez beaucoup de choses. De qui parlez-vous ici?

**Mme MacCourt :** Du point de vue de la santé mentale des personnes âgées, en tant que cliniciens, on offre une formation aux aidants depuis un certain temps déjà. On soutient également des groupes et on sensibilise les aidants pour fournir du soutien à la maison, et il existe des programmes de relève et ainsi de suite. Ce que je veux dire à propos de la formation, surtout celle offerte aux enfants adultes, c'est qu'ils veulent obtenir des renseignements. Ils veulent obtenir beaucoup de renseignements, car c'est ce que notre génération a l'habitude de faire, de chercher des renseignements, pour avoir l'impression qu'on s'adapte mieux à la situation. Selon moi, le groupe qui sort de l'ordinaire est formé des conjoints âgés, qui fournissent habituellement des soins. Je ne sais pas comment vous vous sentez, mais je suis déjà si vieille que je ne peux plus rester debout toute la nuit. Je ne peux même pas rester debout une partie de la nuit et me sentir d'attaque le jour suivant, et, très souvent, ces conjoints plus âgés

people like to know what is going on. They like to know about medications, about approaches even, and what dementia really means. That is one of the issues we go into.

I think whenever we have these kinds of discussions and do that kind of work, we have to keep clear in our minds that that wife is experiencing this entirely differently from the objective way that I am providing the information. She is lying to her husband for the first time in her life; she has to because he has dementia. She is dealing with legal systems and power of attorney. She cannot even sell the car because it is listed in his name. There is lots of information you can put out there. I am doing research with spouses right now on long-term care and their own experience of the system, on letting go, and their role as a daughter or as a wife or whatever. We often do not honour that or give it attention. I think education is important, but in my experience it has to be coupled with sensitivity. Also, we do not have enough services to support caregivers. You can get a couple of weeks' respite every six weeks.

**The Chairman:** A couple of weeks every six weeks?

**Ms. MacCourt:** You could possibly get two weeks of respite in a facility, go six weeks, and then get maybe two weeks again. That is the maximum. That is only if you are waiting for a bed. More likely you will get it twice a year. For a lot of people, especially older spouses, it is not worth their while. It is too hard to get the person ready. The adjustment process is such it is too hard to take them back. The other issue in home support, and someone has already alluded to this, is when the person dies or goes into a facility, that is it for the caregiver, and yet they are still going through a lot. They do not stop caregiving when the person goes into a facility.

We have caregiver support groups, but people have to come out to them. There is an innovative program that provides outreach to caregivers whereby somebody goes to the home. They are actually other caregivers, people who have had caregiving experience, their peers, and they provide support in the home. Having said all that, with the complexity involved, no matter how much training and support you give, it is unrealistic to expect people to be maintained at home by 86-year-old frail spouses forever. When the time is up, in my experience, it is really up. People go, go, go, and then all of the sudden that is it, and there is frequently no place for the partners. Then they become very ill

que moi se lèvent parce qu'une personne se promène, ils ne dorment pas en raison de leurs propres problèmes et ainsi de suite, alors on leur demande d'accomplir une tâche très ardue. Je me préoccupe de ce groupe particulier et je crois que la formation est utile puisque les gens aiment savoir ce qui se passe. Ils aiment en savoir davantage sur les médicaments, même sur les méthodes, et sur ce que la démence représente vraiment. C'est l'un des enjeux qu'on aborde.

Je crois que, chaque fois qu'on a ce genre de discussion ou qu'on accomplit ce genre de travail, on doit se rappeler que cette femme vit une situation très différente de ce que je vous ai mentionné de façon objective. Elle ment à son mari pour la première fois de sa vie; elle doit le faire, car il souffre de démence. Elle doit composer avec les systèmes juridiques et les procurations, elle ne peut même pas vendre la voiture, car elle est au nom de son mari. Il y a beaucoup de renseignements que vous pouvez mettre ici. Actuellement, je mène une recherche auprès d'épouses à l'égard des soins de longue durée et de leur propre expérience par rapport au système, sur le fait de laisser aller et sur leur rôle de fille ou de femme, peu importe la relation. Souvent, on ne les reconnaît pas ou on ne leur prête pas attention. Je crois que la scolarité est importante, mais, selon mon expérience, elle doit être accompagnée d'une sensibilité. De plus, on ne dispose pas d'assez de services pour soutenir les aidants. Vous pouvez obtenir quelques semaines de répit toutes les six semaines.

**Le président :** Quelques semaines toutes les six semaines?

**Mme MacCourt :** Vous pouvez possiblement obtenir deux semaines de répit dans un établissement, vous en aller pendant six semaines et revenir pendant peut-être deux semaines. C'est le maximum. C'est seulement si vous attendez pour obtenir une place. Il est plus probable que vous y alliez deux fois par année. Pour beaucoup de personnes, surtout les épouses âgées, ça ne vaut pas la peine. C'est trop difficile de préparer la personne. Le processus d'adaptation fait en sorte qu'il est trop difficile de les ramener. L'autre problème du soutien à domicile, et quelqu'un en a déjà fait mention, c'est que, lorsque la personne décède ou est acceptée dans un établissement, on ne s'occupe plus du soignant même si la situation est encore difficile pour lui. Il n'arrête pas de prendre soin de la personne même lorsqu'elle est acceptée dans un établissement.

Il existe des groupes de soutien aux aidants, mais les gens doivent aller chercher l'aide que ces groupes pourraient leur apporter. Il y a un programme innovateur qui soutient les aidants, c'est-à-dire que des personnes se rendent à leur domicile. Ce sont en fait d'autres soignants, des personnes qui ont déjà pris soin d'autres personnes, leurs pairs, et elles offrent du soutien à domicile. Cela dit, en raison de la complexité de la question, peu importe la formation et le soutien donnés, il est irréaliste de s'attendre à ce que des conjoints fragiles de 86 ans prennent soin de leur partenaire à domicile pour toujours. Selon mon expérience, lorsque le moment est venu de s'occuper de la



and suffer from depression themselves. They do suffer from illness themselves as a result of caregiving, so there is a second victim.

**Ms. Sirett:** I am aware of a couple of programs, including the one that you just spoke about, where a volunteer peer goes to the home. That is a program that I believe the Alzheimer's Society of B.C. and the national society are looking at adopting, and I think it shows a lot of promise as a model.

One of the programs we tried in Vancouver — again, it gets cut as money gets tighter — is the Caring and Learning Program. It brought family caregivers and paid caregivers together — home support or facility caregivers — in the same room to talk about their experiences. They can learn from each other about what to do for individuals. They may say, “This is what works for me with your dad,” or “This is what works for me with my dad.” There is a sharing and an understanding of both points of view so that a family coming into a facility can understand why something does not happen when they hear from the caregivers about the pressures of all the other things that they have to do in the day. I think that has been useful. It is not so much related to training as it is to sharing, learning, and listening to each other's stories.

You talked about the information that our generation is looking for. I think it is important to be good consumers for our family members. It is hard enough as a trained person who knows how to navigate the system to help parents and older people do the same, or write down questions for my parents to take to their GP. How do we help other people be good consumers? There are campaigns out there that basically say, “Go and ask your doctor about this drug,” and those models may be useful.

**Senator Cook:** Yes, I think that really needs to be addressed.

I will share with you two personal experiences regarding friends of mine. One has a husband who is suffering from early dementia, but I have lost her as a friend. His illness has consumed her totally, mind, body and soul, and she has allowed it to happen. It would have helped if there had been some support for her at the beginning of this process.

My other friend has a sister. Mom and Dad were very special to her. Mom died. Dad moved in, which was a big mistake. You cannot talk to her, so she goes through that process alone. The time comes when he has to go into a long-term care facility. It would have been nice if there had been a pamphlet or something for her the day that she put Dad away. It is about letting go. She felt for two or three months like a gerbil on a wheel, going every

situation, c'est vraiment le temps de s'en occuper. Les gens font tout ce qu'ils peuvent, puis, tout d'un coup, tout est fini, et il arrive fréquemment qu'il n'y a plus de place pour les partenaires. Alors, ils deviennent très malades et font une dépression. Ils sont atteints d'une maladie en raison de tous les soins qu'ils ont apportés, il y a donc une deuxième victime.

**Mme Sirett :** Je connais quelques programmes, notamment celui dont vous venez de parler, où un bénévole se rend au domicile. Il s'agit d'un programme que, je crois, la Alzheimer's Society of B.C. et la société nationale veulent adopter, et je crois qu'il s'agit d'un modèle très prometteur.

L'un des programmes qu'on a essayés à Vancouver — encore une fois, on l'a éliminé en raison des coupures budgétaires — c'est le Caring and Learning Program. Le programme réunissait les aidants membres de la famille et les aidants rémunérés — les aidants à domicile ou dans des établissements — dans la même pièce pour parler de leurs expériences. Ils peuvent apprendre les uns des autres concernant ce qu'il faut faire pour aider les personnes. Ils peuvent dire « voici ce que je fais et qui fonctionne avec votre père » ou « voici ce que je fais et qui fonctionne avec mon père ». On échange et on reconnaît les points de vue des deux parties; les membres d'une famille qui entrent dans un établissement peuvent donc comprendre pourquoi une telle chose n'est pas arrivée quand ils entendent les aidants parler des pressions qu'ils subissent en raison de toutes les autres tâches qu'ils doivent accomplir dans la journée. Je crois que cela a été utile. C'est vraiment lié non pas à la formation, mais plutôt à l'échange et à l'écoute des histoires des autres personnes, de même qu'au fait d'en apprendre davantage à ce sujet.

Vous avez parlé des renseignements que notre génération tente d'obtenir. Je crois qu'il est important d'être de bons consommateurs pour les membres de notre famille. C'est déjà assez difficile pour une personne formée qui connaît la façon de naviguer dans le système d'aider les parents et les personnes âgées à faire la même chose, ou d'écrire des questions que mes parents désirent poser à leur omnipraticien. Comment aide-t-on d'autres personnes à devenir de bons consommateurs? Certaines publicités disent principalement « demandez des renseignements sur ce médicament à votre médecin », et ces modèles peuvent être utiles.

**Le sénateur Cook :** Oui, je crois qu'il faut vraiment s'occuper de cette question.

Je vais partager avec vous deux expériences personnelles concernant deux amies à moi. L'une d'elle a un mari qui souffre de démence précoce, mais je l'ai perdue de vue. La maladie de son mari l'a entièrement épuisée, esprit, corps et âme, mais c'est elle qui a permis que cette situation se produise. Cela aurait aidé si elle avait pu obtenir un peu de soutien au commencement de ce processus.

Mon autre amie a une sœur. Maman et papa étaient très spéciaux à ses yeux. Maman est décédée. Papa a emménagé, ce qui était une grave erreur. Vous ne pouvez pas lui parler, alors elle entreprend ce processus seule. Arrive le moment où son père doit aller dans un établissement de soins de longue durée. Cela aurait été bien si elle avait pu consulter un dépliant ou un autre document au moment où elle a placé son père. Ça concerne le fait

day, bringing home the wash and all the rest of it. She said, "I have to go for counselling." Then she felt that there was something wrong with her. I think if she had been given a little pamphlet about letting go, or if someone had been able to talk to both of these individuals as part of an assessment, they would not have found themselves in their current state. I think that is an issue that we need to address in some way. I am the counsellor for both of them.

**The Chairman:** Is Joan's story very unusual or very common?

**Ms. MacCourt:** It is a common story — here again, I make a plug for mental health — if you keep shrinking the system into mental illness. We used to do that. Our psychogeriatric outreach team used to be able to provide that service. Long-term care facilities used to be able to visit people before they moved in. Now you are lucky if you get 24 hours' notice. Quite often, you do not get information about people when they arrive at the facility because they come straight from the hospital. No records are passed on, nobody is prepared, and also the existing brochures in a lot of facilities right now are out of date, so they are creating unrealistic expectations. It is not as good as it was. You need to re-create that, but you will not get it in a straight mental illness system.

**Senator Cook:** It has to happen somewhere along the continuum, or we will have another one or two people in the same state.

This facility said to her, "Go away. You are here too often. We do not want to see you." Having said that, he is a diabetic, his medications got mixed up, and she went in one afternoon at the regular time and he was out of it. That is not an easy situation for the people who love their family members and have to care for them. He has become more remote now, so it is easier for her to adjust, but when he was reasonably aware of his surroundings, there should have been some form of help.

**Ms. Spencer:** About five years ago, COPA, an outreach program in Toronto for seniors with substance use problems, actually received funding through Veterans Affairs to look at a program to provide information for caregivers. They found it extremely challenging to do that and to really engage families around some of those issues. As people have been saying, when you are up to your neck in alligators, you forget that the idea is to drain the swamp. That is a major challenge. It is beneficial to be able to offer to family members, particularly in terms of the substance use problems, information regarding issues such as cognitive impairment, frontal lobe damage and brain damage, so

de laisser aller. Pendant deux ou trois mois, elle s'est sentie comme une gerboise dans une roue, rendant visite à son père chaque jour et rapportant entre autres le lavage à la maison. Elle a dit : « je dois suivre une séance de counselling ». Puis, elle a eu l'impression qu'il y avait quelque chose qui clochait chez elle. Je crois que si elle avait reçu un petit dépliant concernant le fait de laisser aller, ou si une personne avait été en mesure de leur parler dans le cadre d'une évaluation, ces deux personnes n'auraient pas vécu cette situation. Je crois qu'il s'agit d'un problème qu'on doit régler d'une certaine façon. Je suis leur conseillère.

**Le président :** L'histoire de Joan est-elle très inhabituelle ou très courante?

**Mme MacCourt :** C'est une situation courante — encore une fois, je mets l'accent sur la santé mentale — si vous continuez de limiter le système à la maladie mentale. C'est ce qu'on faisait avant. Notre équipe mobile de psychogériatrie était auparavant en mesure de fournir ce service. Les représentants des établissements de soins de longue durée étaient en mesure de rendre visite aux personnes avant qu'elles emménagent. Actuellement, vous êtes chanceux si vous obtenez un préavis de 24 heures. Assez souvent, vous ne recevez pas de renseignements sur les personnes lorsqu'elles arrivent à l'établissement, car elles arrivent directement de l'hôpital. Aucun dossier n'est transféré, personne n'est prêt, et, de plus, les brochures actuellement disponibles dans bon nombre d'établissements ne sont plus à jour, alors elles créent des attentes irréalistes. Ce n'est plus aussi bien qu'avant. Vous devez recréer cela, mais vous ne réussirez pas à l'intégrer à un système axé exclusivement sur la maladie mentale.

**Le sénateur Cook :** Cela doit se produire quelque part le long du continuum, sinon une ou deux autres personnes se trouveront dans la même situation.

Un représentant de cet établissement lui a dit : « Allez-vous en. Vous êtes ici trop souvent. On ne veut pas vous voir ». Cela dit, il est diabétique, ses médicaments ont été mélangés, et elle y est allée un après-midi au cours des heures normales et il n'avait pas toute sa tête. Ce n'est pas une situation facile pour les personnes qui aiment les membres de leur famille et qui doivent prendre soin d'eux. Il est encore plus distant maintenant, alors il est plus facile pour elle de s'adapter, mais lorsqu'il était encore assez conscient du monde qui l'entourait, ils auraient dû obtenir une certaine forme d'aide.

**Mme Spencer :** Il y a environ cinq ans, COPA, un programme d'approche de Toronto à l'intention des personnes âgées qui ont des problèmes de toxicomanie, a obtenu du financement d'Affaires des Anciens combattants pour examiner un programme en vue de fournir des renseignements aux aidants. Les responsables ont trouvé extrêmement difficile d'accomplir cette tâche et de véritablement mobiliser les familles concernant certains de ces enjeux. Comme les gens le disent, quand vous vous trouvez dans une situation très difficile, vous oubliez qu'il existe une solution pour améliorer la situation. C'est un problème important. Il est profitable de pouvoir offrir aux membres de la



that they can differentiate between “Dad is lying to me” and the damage caused by the chronic problem.

I have very good connections with the various Alzheimer’s societies and adult care groups. Personally, it has been challenging, not in terms of the mental health issues, but in getting people to feel comfortable talking about substance use issues. For example, an outreach program in Vancouver called the Seniors Well Aware Program, or SWAP, wanted to look at family caregivers and their substance use — alcohol, tobacco, tea and coffee — and their use of prescription medications. When some of the adult care services were approached, their response was, “We cannot ask that of the people who come here. We have nice people. They do not have those problems.” Getting people to talk with family members and engage them about what is happening in their lives is an issue.

Again, this is a very stigmatized issue. Interestingly, SWAP did a small study in shopping malls and places like that. In reviewing some of the responses from family members, they found that even where people have home support and other services, they are experiencing significant stress within the family unit. Being able to do that work is really challenging. As Jennifer and others have been saying, it is important to build it into our broader de-stigmatization strategies, and that may be the most productive approach over the long term.

I want to mention a side-door approach to dealing with the issues that people are concerned about. Several years ago, our centre produced a residents’ booklet explaining the rights of residents living in long-term care facilities and their family members. It is amazing how often social workers in hospitals and care facilities use it as a means of helping to reduce the level of stress and concern the residents and the family members are feeling. It was not a tool geared to mental health, but it certainly had a positive effect on the mental health of family members and the residents of the facilities.

**Ms. Crawford:** In regard to education and training for family members and caregivers, the Older Persons Mental Health and Addictions Network includes family members in all of their training, and we will be doing so in the future. In May and June of this year, OPMHAN did 13 workshops in 9 different communities across Ontario. It was called “Raising Awareness for Older Adult Problematic Substance Use.” I know that Margaret attended some of those workshops. The network held two different sessions. One was for older adults, obviously, and the other was for caregivers. I think it is a very important part of the whole effort. OPMHAN is a provincial network, but other provinces

family, surtout en ce qui concerne les personnes qui ont des problèmes de toxicomanie, des renseignements concernant des problèmes comme une déficience intellectuelle, des lésions du lobe frontal ou du cerveau, afin qu’ils puissent faire une différence entre le fait que « papa me ment » et les lésions causées par le problème chronique.

J’entretiens de très bons liens avec les diverses sociétés Alzheimer et les groupes de soins aux adultes. Personnellement, j’ai eu de la difficulté à faire en sorte que les gens se sentent à l’aise de parler non pas des problèmes de santé mentale, mais des problèmes de toxicomanie. Par exemple, un programme de sensibilisation de Vancouver intitulé le Seniors Well Aware Program, ou SWAP, a été mis en place pour analyser les aidants membres de la famille et leur consommation de substances — alcool, tabac, thé et café — et leur consommation de médicaments prescrits. Lorsqu’on en a discuté avec certains représentants des services de soins aux adultes, ils ont répondu : on ne peut pas demander cela aux personnes qui viennent ici. On accueille des gens biens. Ils n’éprouvent pas ces problèmes ». Le fait de demander aux gens de parler aux membres des familles et de leur demander ce qui arrive dans leur vie représente un problème.

Encore une fois, il s’agit d’un problème très stigmatisé. Ce qui est intéressant, c’est que, dans le cadre du SWAP, on a mené une petite étude dans des centres commerciaux et des endroits comme ça. En passant en revue certaines réponses provenant des membres des familles, on a trouvé que même lorsque les gens bénéficiaient du soutien à domicile et d’autres services, ils vivaient un stress important au sein de l’unité familiale. Être capable d’accomplir ce travail représente tout un défi. Comme l’ont dit Jennifer et les autres, il est important de l’intégrer à nos vastes stratégies visant l’élimination des stigmates, ce qui peut représenter le modèle le plus productif à long terme.

J’aimerais parler d’un modèle secondaire pour régler les problèmes qui préoccupent les personnes. Il y a plusieurs années, notre centre a rédigé un livret à l’intention des résidents pour leur expliquer leurs droits à l’intérieur des établissements de soins de longue durée et ceux des membres de leur famille. Il est impressionnant de voir le nombre de fois où des travailleurs sociaux dans les hôpitaux et les établissements de soins l’ont utilisé pour aider à diminuer le stress et les préoccupations des résidents et des membres de la famille. Ce n’était pas un outil axé sur la santé mentale, mais il avait certainement un effet positif sur la santé mentale des membres de la famille et des résidents des établissements.

**Mme Crawford :** En ce qui concerne la scolarité et la formation des membres de la famille et des aidants, le Older Persons Mental Health and Addictions Network intègre les membres des familles à toutes les formations qu’il offre, et on fera la même chose à l’avenir. En mai et juin de cette année, le OPMHAN a présenté 13 ateliers dans neuf collectivités différentes de l’Ontario. L’atelier s’intitulait « Raising Awareness for Older Adult Problematic Substance Use ». Je sais que Margaret a participé à quelques-uns de ces ateliers. Le réseau a tenu deux séances différentes. L’une était évidemment consacrée aux adultes, et l’autre, aux aidants. Je crois qu’il s’agit d’un élément très



and territories could take on that role. The network in Ontario has already developed tools and training that could be used for family and caregivers.

**Ms. MacCourt:** One of the recommendations in our report was about integrating policy and practice, and also funding the national framework. Charmaine was talking about her book, and just like these, I bet you cannot get it anywhere, because the funding is short term, the work is voluntary or project managed, and it dies. Much of the good work here is being done outside of systems, and I hope that this committee can think of a way to link the provinces and the federal government, such as a seniors' secretariat.

**The Chairman:** It goes back to the point Joan raised. We need programs, not projects.

On behalf of all members of the committee, let me thank all of you for taking a day to spend with us. We really appreciate it. Between the briefs we received from you, your comments today and the material that you will be forwarding to us, I do not think we will have trouble writing a comprehensive chapter on services for seniors. This discussion has really pushed the envelope, and we thank you all for your help. It is been terrific.

The committee adjourned.

important de l'ensemble des efforts déployés. Le OPMHAN est un réseau provincial, mais d'autres provinces et territoires pourraient assumer ce rôle. Le réseau de l'Ontario a déjà mis en place une formation et élaboré des outils qui pourraient être utilisés à l'intention des familles et des aidants.

**Mme MacCourt :** L'une des recommandations de notre rapport concernait l'intégration des politiques et de la pratique, de même que le financement du cadre national. Charmaine a parlé de son livre, et comme tous les autres documents, j'imagine qu'on ne le trouve nulle part, car le financement est à court terme, le travail est bénévole ou axé sur la gestion de projets, et le document n'est jamais publié. La plupart du bon travail accompli ici se fait à l'extérieur des systèmes, et j'espère que votre Comité trouvera une façon d'unir les provinces et le gouvernement fédéral pour créer, par exemple, un secrétariat aux personnes âgées.

**Le président :** Ça revient au point soulevé par Joan. On a besoin de programmes, pas de projets.

Au nom de tous les membres du Comité, laissez-moi vous remercier d'avoir passé la journée avec nous. Nous l'apprécions vraiment. Grâce aux documents que vous nous avez donnés, aux commentaires que vous avez formulés aujourd'hui et aux documents que vous nous enverrez, je ne crois pas que nous aurons de la difficulté à écrire un chapitre détaillé sur les services offerts aux personnes âgées. Ce débat nous a permis d'aller de l'avant, et nous vous remercions de votre aide, qui a été incroyable.

La séance est levée.



*Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario:*

Suzanne Crawford, Program Manager.

*Canadian Coalition for Senior's Mental Health:*

Faith Malach, Executive Director.

*Providence Health Care:*

Dr. Elizabeth J. Drance, Geriatric Psychiatrist; Physician Program Director for Elder Care.

*Vancouver Island Health Authority:*

Ken Moselle, Manager, Performance Standards and Monitoring, Mental Health and Addiction Services.

*Older Persons Mental Health and Addictions Network of Ontario :*

Suzanne Crawford, responsable de programme.

*Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées :*

Faith Malach, directrice administrative.

*Providence Health Care :*

La docteure Elizabeth J. Drance, gériopsychiatre; directrice des programmes pour le soins aux aînés.

*Vancouver Island Health Authority :*

Ken Moselle, gestionnaire, Performance Standards and Monitoring, Mental Health and Addiction Services.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

*Simon Fraser University:*

Charmaine Spencer, Gerontology Research Centre and Department  
of Gerontology.

*Vancouver General Hospital:*

Dr. Martha Donnelly, Head, Division of Community Geriatrics.

*British Columbia Psychogeriatric Association:*

Penny MacCourt.

*Vancouver Coastal Health Association:*

Robena Sirett, Manager, Older Persons Adult Mental Health  
Services.

*Centre for Addiction and Mental Health:*

Jennifer Barr, Education and Publishing Consultant;

Margaret Flower, Clinical Counsellor.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

*Université Simon Fraser :*

Charmaine Spencer, Centre de recherche en gériatrie  
département de gériatrie.

*Hôpital général de Vancouver :*

La docteure Martha Donnelly, chef, Service de gériatrie  
communautaire.

*Association psycho-gériatrique de la Colombie-Britannique :*

Penny MacCourt.

*Vancouver Coastal Health Association :*

Robena Sirett, gestionnaire, Older Persons Adult Mental Health  
Services.

*Centre de toxicomanie et de santé mentale :*

Jennifer Barr, consultante en éducation et publication;

Margaret Flower, conseillère clinicienne.

*(Suite à la page précédente)*

